



**SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE
SALUD SEGUIMIENTO A TECNOLOGÍAS**

**RESOLUCIÓN 5521 DE 2013
RESOLUCIÓN 5592 DE 2015
RESOLUCIÓN 5593 DE 2015**

PERIODO SOLICITADO AÑO 2016

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, FEBRERO DE 2016**

TABLA DE CONTENIDO

1	PROPÓSITO	4
2	ALCANCE	4
3	OBJETIVOS	4
3.1	Objetivo General	4
3.2	Objetivos Específicos	4
4	MARCO NORMATIVO	5
5	DEFINICIONES	9
6	INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	12
6.1	INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA MONITOREO - MTS 2016.12	
6.1.1	ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.....	12
6.1.2	ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.....	13
6.1.3	Registro tipo 1 – Registro de control.....	13
6.1.4	Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS Resolución 4678 de 2015.....	14
6.1.5	Registro tipo 3 – Registro de detalle para dispositivos médicos	17
6.1.6	Registro tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos	20
7	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS	27
8	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	27
9	INFORMACIÓN A REPORTAR	28
10	PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN	28
11	VALIDACIONES	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estándar para el nombre de los archivos	12
Tabla 2. Nombre del Archivo	13
Tabla 3. Tipos de registro que conforman el archivo.....	13
Tabla 4. Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.	13
Tabla 5. Estructura de los registros procedimientos.....	14

1 PROPÓSITO

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, pretende conocer, analizar, contribuir a la toma de decisiones y divulgar el comportamiento de tecnologías en salud a las cuales tienen derecho los usuarios del SGSSS.

2 ALCANCE

El presente instructivo pretende precisar los lineamientos del reporte del seguimiento de las tecnologías en salud, que se monitorearán trimestralmente y que dan cuenta de las inclusiones realizadas en el año 2014 y 2016.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar y divulgar el comportamiento de tecnologías en salud seleccionadas para monitoreo durante los años 2014 y 2016, generando información que contribuya en la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2 Objetivos Específicos

- Analizar el comportamiento de las tecnologías en salud seleccionadas para monitoreo.
- Generar información analizada que contribuya en la toma de decisiones en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Divulgar los resultados del monitoreo a través de boletines.

Alcanzar los anteriores objetivos requiere de un avance escalonado a través de dos (2) componentes:

- Monitoreo, seguimiento y evaluación de tecnologías incluidas en la actualización del plan de beneficios en los años 2014 y 2016
- Políticas de regulación en salud

Los anteriores componentes permiten reconocer una estructura mínima de operación del monitoreo que requiere para su funcionamiento, de la construcción y adaptación de los siguientes procesos:

1) Proceso de construcción de información:

- Recolección de información
- Validación de la información recibida
- Disponibilidad de la información

2) Proceso de análisis y fortalecimiento de la gestión:

- Definición de las unidades de análisis
- Niveles de análisis
- Generación de resultados

3) Proceso de divulgación:

- Socialización de análisis
- Boletín del monitoreo
- Evidencia para toma de decisiones

4 MARCO NORMATIVO

La Ley 100 de 1993, marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece entre otras cosas, que éste debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS. Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe ser definido por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido del plan de beneficios POS según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

Por su parte la Ley 1438 de 2011 establece en su Artículo 114. OBLIGACIÓN DE REPORTAR: “Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, de las empresas farmacéuticas, de las cajas de compensación, de las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna”.

El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- para la financiación del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen según las normas del Régimen Contributivo, en virtud de lo

dispuesto en el Decreto 4107 de 2011, artículo 2º numeral 32 modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el numeral 7 del artículo 7º de este último Decreto.

La información para el monitoreo de nuevas tecnologías en salud se solicita con fundamento en la Resolución 5592 de 2015, “**ARTÍCULO 137. DEBER DE INFORMACIÓN.** Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o análisis y cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, los usuarios, pacientes, las EPS o las entidades que hagan sus veces y las IPS, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera”.

Al igual que en la Resolución 5593 de 2015 en la cual se norma:

“**Artículo 22.** Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud -EPS, los prestadores de servicios de salud, las direcciones territoriales de salud, las Empresas Farmacéuticas, las Cajas de Compensación Familiar, las Administradoras de Riesgos Laborales y los demás agentes del Sistema, proveer la información solicitada de forma confiable con la estructura, nivel de detalle, calidad, oportunidad y cobertura que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, en los instructivos, formatos y conforme la metodología que para el efecto defina. Los actores deberán enviar como mínimo la información que solicite la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, en los términos definidos en el artículo 24 de la presente resolución”.

“**Artículo 23.** La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud, realizará las solicitudes de información que permitan recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Las solicitudes deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, las cuales serán establecidos oportunamente en los instructivos y formatos respectivos, sin perjuicio de solicitar información tanto histórica como de la vigencia.

Parágrafo. La información sobre las tecnologías en salud prestadas a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrada por los diferentes actores del sistema deberá estar codificada según la normatividad vigente, en el caso de medicamentos para el 2015, conforme la Resolución 255 de 2007 y sus normas modificatorias. Para el caso de procedimientos, la regulación será la Resolución 4678 de 2015 y sus normas modificatorias. En los casos en los cuales las tecnologías en salud no se encuentren dentro de la categoría de medicamentos o de procedimientos, el Ministerio de Salud y Protección Social a

través de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, definirá los códigos de reporte”.

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	“Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud”
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de exclusiones, periodos mínimo de cotización y atención no POS y Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 3384 del 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004 (Noviembre 26)	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para IVE
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 2933 de 2006	Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al Fosyga
Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22)	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Ley 1122 de 2007	Reduce Período Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Acuerdo 365 de 2007	Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos
Ley 1122 de 2007	Exime de copago a afiliados en Régimen Subsidiado con clasificación Sisben 1
Circular Externa No 63 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 009 de 2009 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 012 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capacitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud mediante la unificación de los Planes de Beneficio de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 013 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población

Norma	Tema o asunto
	afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 019 de 2010 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 de 2011 de la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 028 de 2011 de la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 029 de 2011 de la CRES	Se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 030 de 2011 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
Acuerdo 032 de 2012 de la CRES	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Resolución 4480 de 2012 de Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones
Resolución 78 de 2013 de Minsalud	Por la cual se corrige un error simplemente formal de carácter aritmético contenido en la Resolución número 4480 de 2012, "por la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5521 de 2013 Minsalud	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 5522 de 2013 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1952 de 2014 Minsalud	Por la cual se reconoce una prima adicional para zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2739 de 2014 Minsalud	Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones
Resolución 5729 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5925 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014 Minsalud	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.
Resolución 5968 de 2014 Minsalud	Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 4678 de 2015	Actualización CODIFICACION CUPS
Resolución 5594 de 2015	Plan de beneficios

Norma	Tema o asunto
Decreto 2519 de 2015	Por el cual se suprime la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM", IECE, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones"

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

“Artículo 24. Las fechas de reporte y retroalimentación de los estudios adelantados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, son las indicadas a continuación”:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Monitoreo de Tecnologías en Salud	Febrero	1. Abril 2. Julio 3. Octubre 4. Enero 2017	Trimestral – Discriminado de manera mensual

“Lo anterior, sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad la información complementaria que, a juicio de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, resulte necesaria para la elaboración de estos reportes”.

5 DEFINICIONES

1. Actividad de salud: es el conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.
2. Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
3. Procedimiento no quirúrgico: operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que no implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.
4. Procedimiento quirúrgico: operación manual y/o instrumental con fines diagnósticos o terapéuticos, que implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano
5. Intervención en salud: conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

6. Medicamento: es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
7. Denominación Común Internacional: nombre científico de un medicamento, que corresponde al dominio público, asignado por la Organización Mundial de la Salud para facilitar la identificación de un principio activo.
8. Forma farmacéutica: preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
9. Margen Terapéutico: intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica con mínima toxicidad.
10. Medicamento esencial: se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país. Corresponde a los medicamentos incluidos en el POS, Decreto 677 de 1995.
11. Medicamento genérico: se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.
12. Insumos: hace referencia a los materiales, suministros, dispositivos médicos, prótesis, ortesis, injertos, válvulas, marcapasos, elementos ortopédicos y otros elementos de uso médico incluidos en el POS; y las soluciones para preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico con fines de trasplante.

13. Tecnología en salud¹: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

¹ Resolución 5592 de 2015 Minsalud.

6 INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

Cada EPS enviará al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, en archivos planos, el reporte de las Tecnologías en Salud utilizando la Plataforma de Integración PISIS de este MINISTERIO.

6.1 INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA MONITOREO - MTS 2016.

6.1.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.

Tabla 2. Estándar para el nombre de los archivos

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	MPP	Identificador del módulo de información: Registro de Medicamentos y Procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	MPPO	Información sobre las Tecnologías en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionadas	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad que reporta	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad que reporta	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	X	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: S:Subsidiado C: Contributivo	1	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

Tabla 3. Nombre del Archivo

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre la prestación de servicios y la dispensación de medicamentos de el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionadas para monitoreo durante 2016.	MPP140MPPOAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxxxC.txt	37

6.1.2 ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.

Tabla 4. Tipos de registro que conforman el archivo

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle de la información de los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación prestados por las EPS, seleccionados para MTS 2016.	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle de la información de los Dispositivos Médicos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación entregados por las EPS, seleccionados para MTS 2016.	Obligatorio
Tipo 4	Registro de detalle de la información de los Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación dispensados por las EPS, seleccionados para MTS 2016.	Obligatorio

Cada registro está conformado por campos, separados por punto y coma (;).

6.1.3 Registro tipo 1 – Registro de control.

Tabla 5. Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: Valor que indica que el registro es de control.	SI
1	Código de la EPS	6	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Fecha inicial del período a reportar	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SI
3	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha final del período de información reportada y a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
4	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Corresponde a la cantidad de registros tipo 2, 3 y 4, contenidos en el archivo.	SI

6.1.4 Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS Resolución 4678 de 2015

Este tipo de registro es obligatorio para las EPS. Mediante el registro tipo 2, las EPS reportan el detalle de los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionados para MTS 2016, se debe enviar un registro por cada procedimiento.

Tabla 6. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS Resolución 4678 de 2015

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Valor atribuido al registro de detalle de procedimientos	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo. Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	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.	SI
7	Código del 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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
10	Código CUPS	6	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS POS 2016.	SI
11	Número de sesiones	2	N	Para el caso exclusivo de radioterapia conformacional en abdomen, se registra el número de sesiones que contiene el ciclo. Para los demás procedimientos se digita cero (0).	SI
12	Ámbito de prestación procedimiento o dispositivo.	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del procedimiento.	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
14	Número de días de estancia	3	N	Número de días de estancia: Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Procedimiento	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0). Permite dos decimales, separados por punto.	SI
16	Código de la IPS que realiza el procedimiento	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI

6.1.5 Registro tipo 3 – Registro de detalle para dispositivos médicos

Este tipo de registro es obligatorio para las EPS. Mediante el registro tipo 3, las EPS reportan los dispositivos **STENT DUODENAL, STENT CORONARIO RECUBIERTO O MEDICADO Y STENT CORONARIO CONVENCIONAL O NO RECUBIERTO**, se debe enviar un registro por cada dispositivo.

Tabla 6. Estructura de los registros Dispositivos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Valor atribuido al registro de detalle de Dispositivos Médicos: Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo que prosigue en la lista de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	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.	SI
7	Código del 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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
10	Registro Sanitario	23	A	Incluir el Número de Registro Sanitario INVIMA del dispositivo.	SI
11	Cantidad dispositivos	2	N	Cantidad dispositivos implantados.	SI
12	Ámbito de prestación dispositivo.	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del Dispositivo.	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
14	Número de días de estancia	3	N	Número de días de estancia: Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Dispositivo(s)	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de dispositivos implantados , corresponde al valor total de la cantidad dispensada. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
16	Código de la IPS que entrega el dispositivo.	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI

6.1.6 Registro tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos

Mediante el registro tipo 4, las EPS reportan el detalle de cada uno de los medicamentos dispensados del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación seleccionados para MTS 2016.

Tabla 7. Registro de detalle para medicamentos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: Valor atribuido al registro de detalle de medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo que prosigue en la lista de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código del Municipio donde reside el afiliado	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.	SI
7	Código del 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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
9	Código del Medicamento dispensado	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p>	SI
10	Cantidad dispensada	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver aclaración en la <u>Ilustración No 1. Número de unidades de la forma farmacéutica entregada a los usuarios.</u></p> <p>Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).</p>	SI
11	Días de tratamiento	3	N	Días de tratamiento cubiertos con la cantidad dispensada, reportada en campo 10.	SI
12	Fecha de dispensación del medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
13	Ámbito de entrega del Medicamento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
14	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	SI
15	Valor de la unidad dispensada	10	N	<p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p> <p>Valor unitario de la unidad reportada en el Campo 10.</p>	SI
16	Valor total del medicamento dispensado	10	N	<p>Valor total del medicamento dispensado.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
17	Código de la IPS o dispensador de medicamentos	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud".	SI

Aclaración sobre Registro Tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos

Campo 17

1. Para prestadores que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se debe conformar el código así:

- a) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador **N**900092912

- b) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **Cédula** de Ciudadanía escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **C**.

Ejemplo: Fernando Briceño Rincón C.C. 79380644
Código Validador **C**79380644

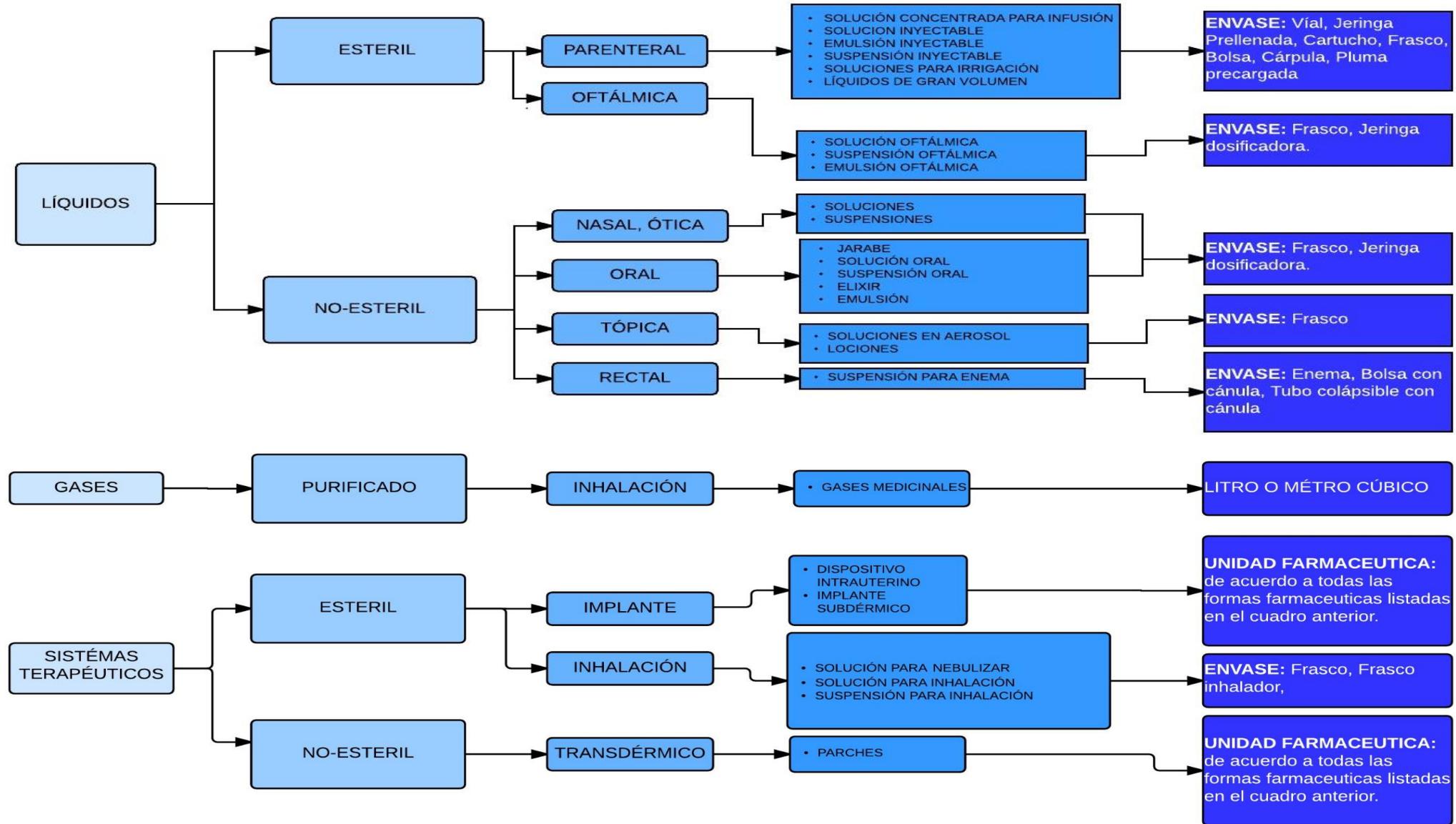
La EPS debe reportar en la hoja de **Excel** suministrada en Tablas de referencia, la siguiente información: **CODIGO EPS, NIT/CC, # NIT/CC, RAZON SOCIAL, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, CORREO ELECTRÓNICO, DIRECCIÓN, TELÉFONO y DESCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR**, de los prestadores que haya reportado con **N** y **C**. Esta información será validada en su completitud.

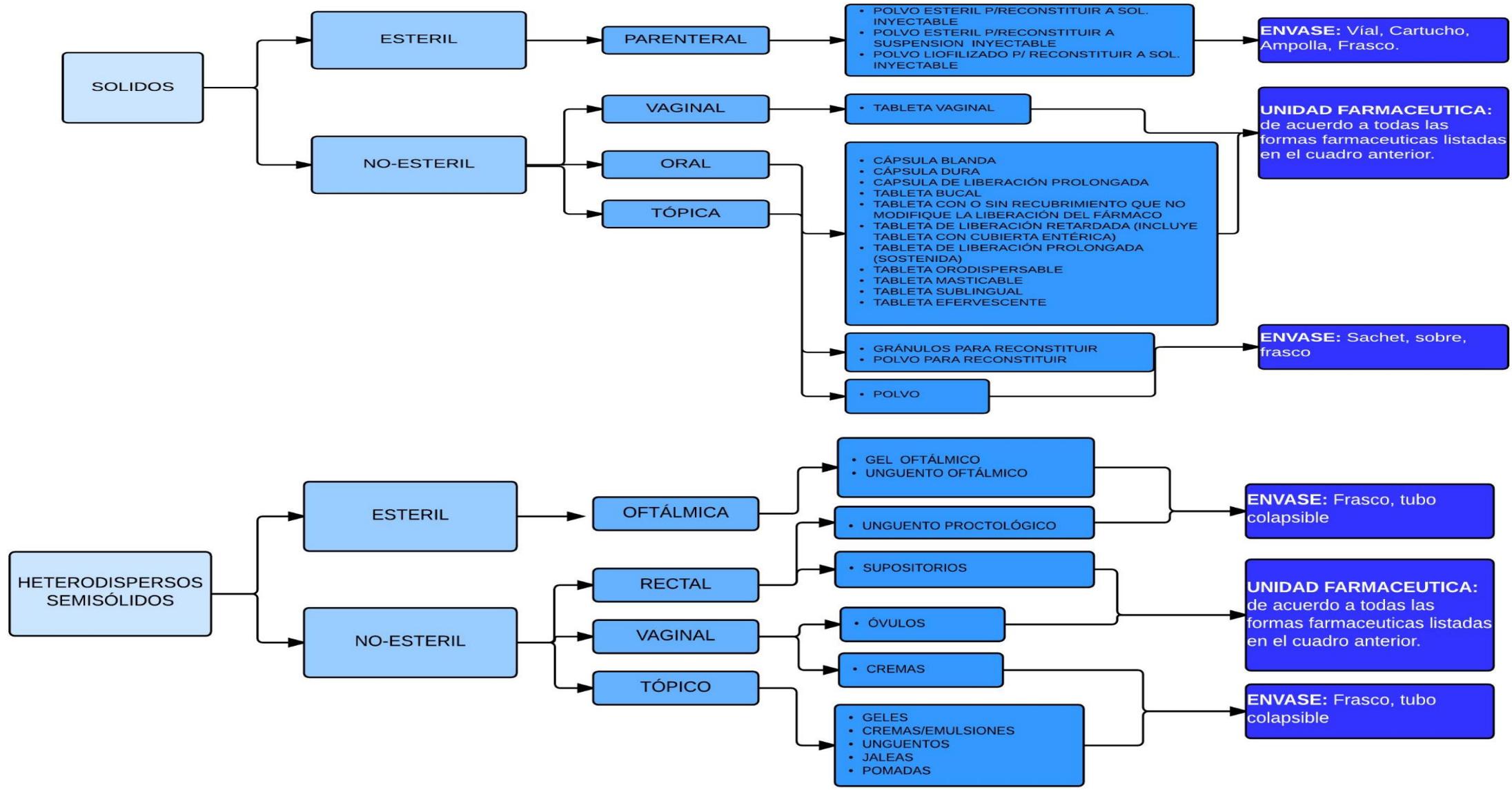
CODIGO EPS	NIT/CC	# NIT/CC	RAZON SOCIAL	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	TELEFONO	DESCRIPCION DEL PROVEEDOR

Los campos son obligatorios, es decir no se admiten campos vacíos. De encontrar inconsistencias se informará a la EPS para su revisión y aclaración. **Esta información debe diligenciarse en la hoja de Excel que se encuentra en las Tablas anexas y debe ser colocada en la carpeta FTP dispuesta por el Ministerio, en la fecha definida.**

Ilustración No 1. Campo 10. Cantidad dispensada: Número de unidades de la forma farmacéutica entregada a los usuarios.





7 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 **D**-Decimal **N**-Numérico **F**-Fecha

- b. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- c. Los nombres de archivo y los datos contenidos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- d. El separador de campos debe ser punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin.
- e. Ningún dato debe registrarse encerrado entre comillas ("") o con algún otro carácter especial.
- f. Los campos numéricos deben registrarse sin formato de valor ni separación de miles, los decimales deben registrarse separados por punto. Los campos de tipo fecha deben registrarse en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- g. Las longitudes de campos definidas en los tres (3) tipos de registro se deben entender como la longitud máxima de cada campo, por lo tanto, los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- h. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios.
- i. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O'.
- j. Los archivos planos no deben contener caracteres especiales en ninguna parte del registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.
- k. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

8 PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social brinda el servicio de integración para que las entidades reportadoras de información envíen los archivos desde sus instalaciones desde el servicio PISIS – Plataforma de Integración del SISPRO.

En el portal del SISPRO www.sispro.gov.co, se debe solicitar el usuario mediante la opción “Regístrate”, para acceder a la plataforma PISIS y si la entidad ya tiene

usuario en el SISPRO para reportar por PISIS, puede usarlo para reportar este Anexo Técnico.

Para garantizar la seguridad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio.

Con el propósito de brindar asesoría para el reporte de los archivos y demás temas relacionados con el reporte de información de este Anexo Técnico, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ha dispuesto las siguientes cuentas de correo a las cual las entidades pueden enviar sus inquietudes y solicitudes de soporte: soportepisis@minsalud.gov.co para reportar inconvenientes con la plataforma PISIS y monitoreo_ts@minsalud.gov.co para inquietudes sobre el contenido del reporte de información.

9 INFORMACIÓN A REPORTAR

Para conocer la información que se debe reportar en el Monitoreo de Tecnologías en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/seguimiento-a-tecnologias.aspx> donde encontrará los listados de medicamentos, procedimientos y/o dispositivos en monitoreo durante el año 2016.

10 PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN.

De conformidad con la resolución 5593 de 2015; capítulo IV, Artículo 24. “Las fechas de reporte y retroalimentación de los estudios adelantados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, son las indicadas a continuación”, la información deberá reportarse trimestralmente, de acuerdo al siguiente calendario.

Tabla 7. Cronograma para el reporte de información

Periodo de Información a Reportada		Periodo de Envío del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Inicial	Fecha Final
01/01/2016	31/03/2016	25/04/2016	29/04/2016
01/04/2016	30/06/2016	25/07/2016	29/07/2016
01/07/2016	30/09/2016	24/10/2016	28/10/2016
01/10/2016	31/12/2016	30/01/2017	03/02/2017

Se debe tener en cuenta que la información solo podrá ser enviada en las fechas relacionadas en el cronograma descrito anteriormente.

11 VALIDACIONES

La información recibida tendrá dos validaciones, la primera referida a estructura y la segunda de contenido de los dominios solicitados. PISIS es la plataforma de transferencia del archivo.

Calidad 1 Verificación de estructura. El objetivo de este proceso es realizar una verificación de correspondencia entre la estructura del archivo y la solicitada (longitud, y tipo de dato) y a su vez que estén diligenciados de forma completa, teniendo en cuenta que:

- No hayan campos vacíos
- El número del documento no tenga menos de 2 dígitos ni más de 16.
- El formato de la fecha de nacimiento sea: AAAA-MM-DD
- El sexo no sea diferente a 'F' o 'M'
- El código del municipio esté conformado por 5 dígitos
- El diagnóstico principal esté compuesto por 4 caracteres
- El formato de la fecha de prestación sea: AAAA-MM-DD
- El código Número trazador **no tenga ni más ni menos de 12** caracteres

Calidad 2 Consistencia interna de la información. El objetivo de este proceso es verificar la consistencia de los datos de servicios de salud versus los archivos de referencia.

- El tipo de registros esté entre: 1, 2, 3 y 4.
- El tipo de documento pertenezca a la clasificación oficial de la Registraduría Nacional
- El número del documento no tenga menos de 2 ni más de 16 dígitos.
- La fecha de nacimiento sea mayor a '1900-01-01' y menor a la actual.
- El código del municipio pertenezca a DIVIPOLA
- El diagnóstico principal se encuentre en la tabla del CIE_10 actualizada en el 2015
- La fecha de prestación corresponda al periodo reportado y sea mayor o igual a la fecha de nacimiento
- El código "Número trazador" corresponda a los medicamentos en observación
- El ámbito corresponda a los establecidos
- El ámbito esté acorde con la tecnología reportada
- El código del prestador se encuentre en la lista de prestadores
- La cantidad no esté vacía ni sea igual o inferior a 0
- El valor unitario no esté vacío ni sea igual o inferior a 0
- El valor Total no esté vacío ni sea igual o inferior a 0
- El valor total corresponda a la multiplicación de valor unitario por la cantidad
- El diagnóstico secundario se encuentre en la tabla del CIE_10

Calidad 3. Verificaciones de correspondencia de los registros de prestaciones de servicios.

- Consisten en que los diagnósticos y los procedimientos correspondan a ciertos grupos de edad y sexo de acuerdo con las tablas de clasificación de la CIE-10 y para CUPS por grupo de edad y sexo.

Calidad 4. Verificación de derechos de los usuarios reportados, en los registros de prestación de servicios de salud.

- Se realiza mediante el cruce de los usuarios a los que se les prestó el servicio contra la base de datos de afiliados compensados del Fosyga, para el caso del régimen contributivo, y contra la base de datos de carnetizados, para el régimen subsidiado.

Calidad 5. Verificación de valores extremos de frecuencia y valor. El objetivo de este proceso es verificar frecuencias y valores reportados para cada afiliado.

La Calidad 1 está incluida en la malla de validación. Los restantes se realizan una vez conformada la base de datos con los registros que pasaron la malla.

Los resultados de la validación se retroalimentarán a las EPS que reportan.