SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL "ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2017"

PERIODO DE ESTUDIO 2015

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, MARZO DE 2016

TABLA DE CONTENIDO

1. PROPÓSITO 5
2. ALCANCE 5
3. NORMATIVA 6
4. DEFINICIONES 9
5. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACION 10
5.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio 10
5.1.1. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos. 11
5.1.2. Estructura del Contenido del Archivo. 12
5.1.2.1. Registro tipo 1 – Registro de control. 13
5.1.2.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS. 13
5.1.2.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de MEDICAMENTOS CODIGO CUM 17
5.1.2.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521-PROCEDIMIENTOS 22
5.1.2.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521-MEDICAMENTOS. 26
5.1.2.6. Registro tipo 7 – Registro de detalle con la información IBNR 38
5.1.2.7. Registro tipo 8 – Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto 40
5.2. Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto 47
5.3. Actividades Diferenciales Indígenas 47
5.4. Características de los archivos planos 48
5.5. Plataforma para el envío de archivos 49
5.6. Información a reportar 50
5.7. Períodos para reportar la información. 50
6. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN 51
6.1. Información requerida sobre prestación de servicios de salud 51
6.1.1. Fuente de datos 51
6.1.2. Unidad de Registro para los servicios reportados 51
6.1.3. Reporte de Transporte en Zonas Dispersas 52
7. COBERTURA DE INFORMACIÓN 52
8. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN 53
9. RELACIÓN DE ANEXOS: 56
10. REMISION CARTA CERTIFICACION DEL GASTO Y FORMATO DE COBERTURA 56
11. ANEXOS 57
11.1. Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud periodo 2015 57
11.2. Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al Minsalud en el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2015 59
11.3. ARCHIVO COMPRIMIDO CON EL SOPORTE DOCUMENTAL DE FORMATO DE COBERTURA Y DECLARACION DEL GASTO 60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado 6
Tabla 2 para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del estado Civil, según el Anexo Técnico de la Resolución N° 812 de 2007 44
Tabla 3 Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto 47
Tabla 4 Códigos de reporte de actividades del POS del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas 47
Tabla 5 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas..... 52

1. PROPÓSITO

Con el propósito de formular las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud sobre ajuste a los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (POS-C y POS-S) y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación (UPC-C y UPC-S), el Ministerio de Salud y Protección Social continuará realizando el Estudio de la suficiencia de la UPC para financiar los planes de beneficios, con base en información recopilada en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los dos regímenes.

Por lo anterior, es fundamental que las EPS en cumplimiento de las obligaciones normativas suministren información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, relevante, oportuna y explicable, con el fin de establecer si las primas pagadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son suficientes para financiar los planes de beneficios y realizar los estudios que van a soportar la recomendación decisión de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en relación con el incremento de la UPC-C y UPC-S, la modificación de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo o actualización a los contenidos de los planes de beneficios.

2. ALCANCE

Objetivo general

Establecer la información sobre prestaciones de servicios a las EPS en el SGSSS, que servirá como insumo para determinar la composición y costos de los servicios utilizados por los afiliados del Sistema y establecer la suficiencia de la UPC para financiar el POS.

Objetivos específicos

1. Determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema.

2. Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información.

4. Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.

5. Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3. NORMATIVA

La Ley 100 de 1993[1], 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.[2]

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".*

Esta última reiterada en la Resolución 5522 de 2013, Artículo 14, Resolución 5925 de 2014 Artículo 20, Resolución 5593 de 2015, Capitulo IV, Articulo 22, *"Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud, 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 en Salud de este Ministerio, en los instructivos, formatos y conforme la metodología que para el efecto defina".*

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

[1] "Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones"
[2] Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993 Artículos 156 y 162, publicada en el diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23, diciembre, 1993

Norma	Tema o asunto
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 Periodo 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 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.

Norma	Tema o asunto
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 4678 de 2015 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5592 de 2015 Minsalud	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
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.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

4. 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 salud[3]: 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.

14. IBNR: El IBNR (Incurred But Not Reported) o reserva de siniestros incurridos pero no reportados, se refiere al monto a causar por las atenciones ocurridas pero no reservadas al momento del estudio, e indica todas aquellas prestaciones cuyos montos no son conocidos ni registrados en base de datos.

15. IBNER: El IBNER (Incurred But Not Enough Reported) o reserva de siniestros incurridos pero no suficientemente bien reservadas, se refiere a las reservas asociadas con todas aquellas diferencias que surgen entre los costos estimados y registrados como reserva por parte de los servicios prestados, y los valores reales que se reconocerán por estas atenciones.

5. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACION

Para garantizar que la información suministrada cumpla con las condiciones técnicas necesarias para su utilización deberá ser preparada y enviada oportunamente teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

5.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio

Información sobre todos los servicios de salud prestados en el año 2015 a los afilados de los regímenes contributivo y subsidiado.

[3] Resolución 5521 de 2013 Minsalud.

5.1.1. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.

El nombre de los archivos debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	**SUF**	Identificador del módulo de información: Registro de prestación de servicios.	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	**ESUF**	Información para el Estudio de Suficiencia UPC - POS	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 reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportante	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	R	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: C: Contributivo S: Subsidiado	1	SI
Consecutivo del número del archivo enviado	99	Corresponde al número de archivo que está enviando la EPS, es decir 01, 02,03. Si envía un solo archivo debe colocar 01. Si está enviando más de un archivo coloque el consecutivo para cada uno.	2	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

NOMBRE DEL ARCHIVO

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre Estudio de Suficiencia UPC	**SUF140ESUF**AAAAMMDDNIxxxxxxxxxxxxR99.txt	39

5.1.2. Estructura del Contenido del Archivo.

El archivo de la información para el Estudio de Suficiencia está compuesto por un único registro de control **(Registro Tipo 1)** utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios registros de detalle numerados a partir del **(Registro Tipo 2)** que contiene la información de los Procedimientos de Salud prestados a los afiliados, **(Registro Tipo 3)** que contiene la información de Medicamentos reportados con código CUM, **(Registro Tipo 5)** contiene la información de la Resolución 5521, Articulo 132 - PROCEDIMIENTOS, **(Registro Tipo 6)** contiene la información de Resolución 5521, Articulo 132 – MEDICAMENTOS, **(Registro Tipo 7)** contiene la información de IBNR y **(Registro Tipo 8)** contiene la información de Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto solicitada así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle con los Procedimientos CUPS	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle con Medicamentos código CUM	Obligatorio
Tipo 5	Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521-PROCEDIMIENTOS	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521-MEDICAMENTOS	Obligatorio
Tipo 7	Registro de detalle con la información IBNR	Obligatorio
Tipo 8	Registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto	Obligatorio

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

Cada archivo debe estar constituido por un registro de control y un SOLO tipo de registro, de acuerdo a la información a reportar.

5.1.2.1. Registro tipo 1 – Registro de control.

Es el 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
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 periodo 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 que contenga el archivo.	SI

5.1.2.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS

Mediante el registro tipo 2, las EPS reportan el detalle de los procedimientos.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Indica que el registro es 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
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	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. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *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 Misterio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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.	
10	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo	8	A	Actividad, intervención o procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS POS 2015	SI
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento o insumos	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento o insumos	1	A	**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. **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: 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	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. *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. **A: Autorizado.** Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2016-03-31. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Número de días 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
14	Valor actividad, intervención, procedimiento o insumo	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA: Recordamos que los campos VALOR y VALOR USUARIO deben manejarse de forma independiente, conforme a la solicitud de información.

5.1.2.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de MEDICAMENTOS CODIGO CUM

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos.	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.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	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 de la persona que recibió el medicamento	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el medicamento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el medicamento	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (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. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *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 Misterio de Salud y Protección Social.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD 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.	SI
10	Código de Medicamento dispensado	12	A	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. 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. 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 (-). 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) 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.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
11	Cantidad dispensada	3	N	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. Ver Aclaración en la ilustración No. 1, Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, 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).	SI
12	Ámbito de prestación	1	A	A:Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	**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. **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.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. *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. **A: Autorizado.** Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2016-03-31. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
14	Valor del Medicamento	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada reportada en el campo anterior. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	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

NOTA: Recordamos que los campos VALOR y VALOR USUARIO deben contener los valores solicitados de forma independiente, conforme a la solicitud de información.

5.1.2.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521- PROCEDIMIENTOS

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	5: Indica que el registro es de Procedimientos Articulo 132 de la Resolución 5521	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.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	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 de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	
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. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *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 Misterio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del procedimiento NO POS	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
10	Código del procedimiento NO POS	8	A	Actividad, intervención o procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS. Resolución 1896 del 2001, Resolución 3772 de 2004, Resolución 3199 de 2005, Resolución 4905 de 2006.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
11	Ámbito del procedimiento NO POS	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad del procedimiento NO POS	1	A	**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. **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: 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. *Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. **A: Autorizado.** Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2016-03-31. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Número de días 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
14	Valor actividad del procedimiento NO POS	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	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
17	Código del procedimiento POS	8	A	Actividad, intervención o procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS POS 2015.	SI
18	Valor del procedimiento POS	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI

NOTA: Recordamos que los campos VALOR y VALOR USUARIO deben manejarse de forma independiente, conforme a la solicitud de información.

5.1.2.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Articulo 132 Resolución 5521-MEDICAMENTOS

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	6: Indica que el registro es de Medicamentos Articulo 132 Resolución 5521	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.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	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

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
3	Número de Identificación de la persona que recibió el medicamento	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el medicamento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el medicamento	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (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. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *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	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				técnico para el registro de RIPS, dado por el Misterio de Salud y Protección Social.	
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD 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.	SI
10	Código de Medicamento NO POS dispensado	12	A	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. 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. 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 (-). En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima es de 12 caracteres. Ejemplo: 20059967-115 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) El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.	
11	Cantidad dispensada	3	N	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. Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1, Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios,</u> 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).	SI
12	Ámbito de prestación	1	A	A:Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del medicamento NO POS	1	A	**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. **S: Pago por evento*.** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades,	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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: 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. *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. **A: Autorizado.** Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2016-03-31. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
14	Valor del Medicamento NO POS	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada reportada en el campo anterior. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	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
17	Código de Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	11	A	Código ATC con consecutivo (sin espacios) según Resolución 5521 de 2013, del medicamento POS que teóricamente se reemplazó con el medicamento NO POS. **Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita Res. 5521/13:** a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El código a reportar en este campo es: N02BE0101 **Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13:** b. "ACETAMINOFÉN Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA." El código a reportar en este campo es: N02BE0103 c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN" El código a reportar en este campo es: B02BD0201 **Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5521/13:**	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS" El código a reportar en este campo es: L04AB0401 **Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica, según Res. 5521/13:** e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA." El código a reportar en este campo es: J01EE0103	
18	Concentración del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación	20	A	Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento POS teórico (Tableta, cápsula, Ampolla, vial). En el caso de combinaciones a dosis fijas de principios activos en un mismo medicamento se debe escribir la cantidad de cada uno de los principios activos según la unidad de concentración que corresponda con la descrita en el campo Forma Farmacéutica, separada de un signo (+) en cada concentración de principio activo. Recuerde expresar la concentración en la mínima unidad de medida, es decir que si el medicamento comercialmente se presenta como 300 mg/3 mL, equivale a 100 mg/mL **PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" Y PARA "SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL" LA CONCENTRACIÓN SE DEBE EXPRESAR COMO "1"** **Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13:** a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El valor a reportar en este campo es: 150	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: b."ACETAMINOFÉN Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA." Si se trata por ejemplo de una tableta de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: 500 c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: 1000 **Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5521/13.** Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo si se trata de una jeringa prellenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: 40 **Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica, según Res. 5521/13.** Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.". Por ejemplo si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol. El valor a reportar en este campo es: 160+ 800	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
19	Unidad de concentración del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación	5	A	Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo del medicamento POS teórico, que podrá ser entre otros: mg, g/mg/mL. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de concentración, en la TABLA DE REFERENCIA PARA UNIDAD DE CONCENTRACIÓN, disponible en el link: http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx **PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" LA UNIDAD DE CONCENTRACIÓN SERÁ UC131 "MULTIVITAMINAS" Y PARA LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL SERÁ LA UC130 "FÓRMULA OMS"** **Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica Res. 5521/13:** a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El valor a reportar en este campo es: **UC054** que corresponde a mg/5 mL **Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5521/13. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:** b. "ACETAMINOFÉN Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA." Si se trata por ejemplo de una tableta de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: **UC032** que corresponde a mg c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN". Para este	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: **UC064** que corresponde a U.I. de factor VIII **Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5521/13. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:** d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo si se trata de una jeringa prellenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: **UC047** que corresponde a mg/0,8 mL **Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13: Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:** e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.". Por ejemplo si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol. El valor a reportar en este campo es: **UC011** que corresponde a (mg + mg).	
20	Forma Farmacéutica del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la forma farmacéutica del medicamento POS teórico, por ejemplo: polvo estéril para inyección, cápsula, suspensión oral, entre otras. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada forma farmacéutica, en la TABLA DE REFERENCIA PARA FORMAS FARMACÉUTICAS, disponible en el link: http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx **Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13:** a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El valor a reportar en este campo es: **FF029** que corresponde a "JARABE" **Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en Res.5521/13:** b. "ACETAMINOFÉN Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA." Si se trata por ejemplo de un comprimido de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: **FF071** que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)" c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: **FF038** que corresponde a "POLVO ESTERIL PARA INYECCIÓN" **Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5521/13.** Se debe especificar la forma farmacéutica del medicamento dispensado: d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				si se trata de una jeringa prellenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: **FF051** que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE" **Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en Res. 5521/13:** Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.". Por ejemplo si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol. El valor a reportar en este campo es: **FF071** que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"	
21	Unidad de medida de la dispensación del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la unidad mínima de medida del medicamento POS teórico en la que se realiza el reporte de dispensación. Esta Unidad de medida debe mantener la coherencia con la forma farmacéutica, pero no es igual en algunos casos y tampoco debe confundirse con la presentación del medicamento. Por ejemplo para un medicamento cuya forma farmacéutica es solución inyectable, la Unidad en que se dispensa puede ser ampolla x 2 mL, o para un jarabe la Unidad de medida de dispensación puede ser Frasco x 60 mL o frasco x 120 mL, pero para una tableta la unidad mínima de medida es tableta. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de medida de dispensación, en la TABLA DE REFERENCIA PARA UNIDADES DE MEDIDA, disponible en el link: http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx	
22	Cantidad teórica del Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	3	N	Reporte la cantidad teórica del medicamento POS que se hubiera utilizado en lugar del medicamento NO POS. Se debe reportar en unidades mínimas de dispensación que corresponderán a las reportadas en el campo 21 y **no en presentación comercial.**	SI
23	Valor del Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada reportada en el campo anterior. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI

NOTA: Recordamos que los campos VALOR y VALOR USUARIO deben manejarse de forma independiente, conforme a la solicitud de información.

5.1.2.6. Registro tipo 7 – Registro de detalle con la información IBNR

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	7: Indica que el registro es de IBNR	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.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	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 de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
4	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Fecha de pago del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
6	Valor Pagado	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar se debe colocar cero (0). En caso de reintegros estos deben aparecer en valor negativo	SI
7	Numero de Factura	15	A	Corresponde a la factura soporte de este pago.	SI
8	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumo	1	A	**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. **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: 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. *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	SI

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	

5.1.2.7. Registro tipo 8 – Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	8: Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto	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
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	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 de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	
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. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *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 Misterio 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
10	Código del insumo	8	A	Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto. Ver tabla 4	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
11	Ámbito de prestación del insumo	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del insumo	1	A	**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. **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: 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. *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.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2016-03-31. **I: Pago Directo:** Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad	3	N	Número de Unidades entregadas	SI
14	Valor	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE: Se solicita que cada archivo contenga información correspondiente a un SOLO tipo de registro

ACLARACIONES PARA ALGUNOS CAMPOS

Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio

Para los adultos, mayores de 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la cédula de ciudadanía.

Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con el pasaporte, y para los residentes o con permiso de permanencia, es decir, no turistas, se deben identificar con la cédula de extranjería.

Los niños entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad. Para niños menores de 7 años, el tipo documento será el registro civil.

MS: Solo se debe utilizar para el Recién Nacido vivo sin identificar (hasta los 30 días de nacido), y se registra: Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). Si ya está registrado el documento será el RC: Según el anexo técnico de la Resolución N° 812 de 2007, se entiende como recién nacido SIN IDENTIFICAR al menor nacido vivo con una edad menor o igual a treinta (30) días.

Según el mismo anexo, el tipo de documento MS lo puede utilizar el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado, el Régimen de Excepción, Medicina Pre pagada, Seguros de Salud y Planes Complementarios de Salud, para el afiliado menor de edad recién nacido vivo SIN IDENTIFICAR con edad menor o igual a 30 días, mientras se registra ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Si no tiene el documento (después de haber verificado que en realidad no ha sido registrado) el tipo será: MS.

MS y AS en poblaciones especiales, el registro se debe ceñir a lo contenido en el cuadro del anexo técnico de la Resolución 812/2007.

Tabla 2 para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del estado Civil, según el Anexo Técnico de la Resolución N° 812 de 2007

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + **S**+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001**S**8125
Comunidad Indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + **I**+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001**I**8125
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio +**D** + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001**D**0008

Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio +**A** + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001**A**0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + **I**+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014**I**8125.
Población indigente menor de edad que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio +**D** + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001**D**0008

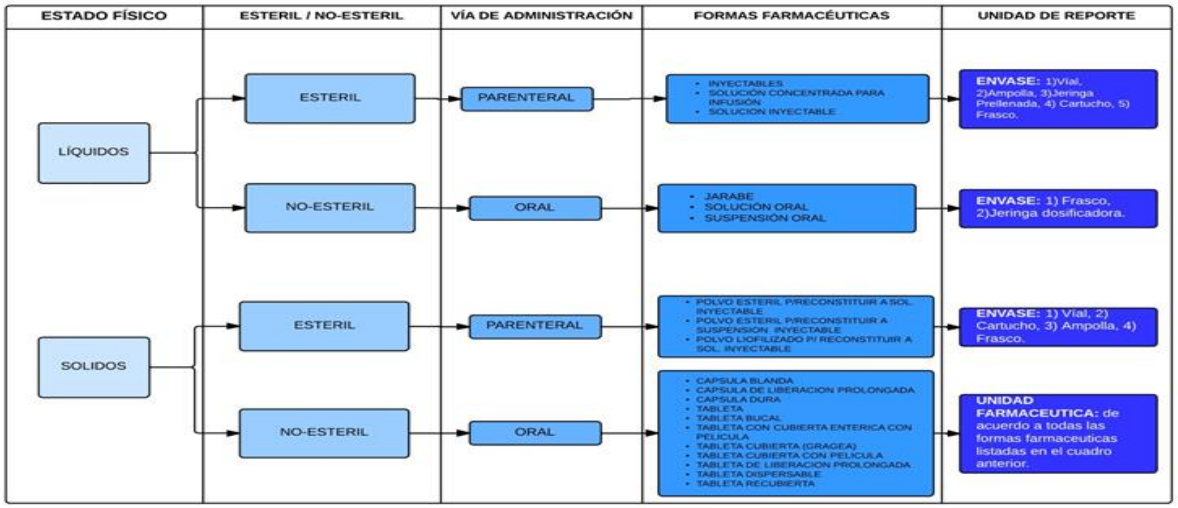
Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio

Las longitudes máximas según el tipo de documento:

CC = 10 posiciones	CE = 6 posiciones	PA = 16 posiciones	RC = 11 posiciones
TI = 11 posiciones	AS = 10 posiciones	MS = 12 posiciones	CD = 10 posiciones

Unidad de reporte según la forma farmacéutica:

Ilustración N.1



Fuente: Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud – EPS para el Estudio de Suficiencia. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Campo Código del Prestador de Servicios de Salud

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 ni digito de verificación 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, todos los campos son obligatorios, es decir no se admiten campos vacíos. De encontrar inconsistencias se informará a la EPS para su revisión y aclaración.

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

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	TELEFONO	DESCRIPCION DEL PROVEEDOR

Esta información debe diligenciarse en una hoja de Excel y debe ser colocada en la carpeta FTP dispuesta por el Ministerio, en la fecha definida.

5.2. Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto

Para el reporte del registro tipo 8: Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto se deben utilizar los siguientes códigos:

Tabla 3 Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto

Código	Descripción
D00001	Stent duodenal
D00002	Stent coronario recubierto o medicado
D00003	Stent coronario convencional o no recubierto
INSUMO	Insumos
170100	Lentes
170200	Monturas

5.3. Actividades Diferenciales Indígenas

Tabla 4 Códigos de reporte de actividades del POS del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas

Código	Actividad, intervención o procedimiento
S50001	Casa de paso
S50002	Guías Bilingües
S50003	Acciones individuales de medicina tradicional
S50004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S50005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S50007	Transporte urbano
S50008	Transporte intermunicipal terrestre
S50009	Transporte intermunicipal fluvial

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Estas actividades se deben reportan en la estructura definida en el numeral 5.1.2.2. Registro tipo 2 , con las siguientes características:

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Código del Diagnóstico Principal	4	A	R69X	SI
10	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	R69X	SI
13	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumo	1	A	A:Ambulatorio	SI
14	Forma de Reconocimiento y Pago de la actividad, intervención o procedimiento, insumo	1	A	S: Pago por Servicio	SI
17	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	0 (Cero)	SI

5.4. 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
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 punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial coma (,).
e. Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, en este campo se colocara cero (0).
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.

5.5. Plataforma para el envío de archivos

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone 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 el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal 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 al reportante.

- 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 al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

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_Ayudas.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

Las inquietudes relacionadas con la solicitud de información pueden realizarse a la cuenta de correo: estudiosuficiencia@minsalud.gov.co o comunicarse la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a través del teléfono 3305000 Ext. 4056.

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, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren 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 Superintendencia de Industria y Comercio.

5.6. Información a reportar

Para ampliar la información que se debe reportar consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx donde encontrará la Solicitud de Información y las tablas de Referencia.

Se recomienda enviar archivos con máximo de 2.000.000 de registros para optimizar el transporte de la información.

5.7. Períodos para reportar la información.

El periodo a reportar es desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015.

El plazo para su envió de esta información será Máximo hasta **el 15 de Julio de 2016**.

El reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante el período del 1 de Enero al 31 de Diciembre 2015, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es a **marzo 31 de 2016**.

Para el caso del IBNR el reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante el período del 1 de Enero de 2009 a 31 de Diciembre de 2015 independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de Diciembre. La fecha de corte de la facturación es **a Marzo 31 de 2016.**

6. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores ***se requiere información desagregada*** de todas y cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados a los afiliados, con los que se garantizó el Plan de Beneficios contemplado en cada uno de los regímenes.

6.1. Información requerida sobre prestación de servicios de salud

La información solicitada corresponde al registro de cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos realizados, los medicamentos entregados, e insumos suministrados a los afiliados a las EPS, considerando todas las variables.

6.1.1. Fuente de datos

Los registros individuales deben obtenerse del ***Sistema de Información de las EPS***. Se deben incluir, independientemente de la forma de reconocimiento y pago, todas las actividades, intervenciones y procedimientos realizados, los medicamentos entregados, e insumos suministrados durante el año 2015 y cubiertos por los planes de beneficios.

6.1.2. Unidad de Registro para los servicios reportados

La unidad de registro para el archivo de servicios es la *actividad, procedimiento realizado, intervención, medicamento entregado e insumo suministrado*, a personas plenamente identificadas en una fecha definida. Cuando en una misma fecha se prestan varios servicios se registrarán uno a uno con su respectivo código.
Cada registro debe contener un solo tipo de actividad, intervención, procedimiento o medicamento.

6.1.3. Reporte de Transporte en Zonas Dispersas

Con el fin de determinar el costo del transporte utilizado en las zonas dispersas, dicha información debe ser reportada con los siguientes códigos:

Tabla 5 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas

Código	Descripción
S34101	TRASLADO ACUATICO EN ZONA DE DISPERSION
S34201	TRASLADO AEREO EN ZONA DE DISPERSION
S34301	TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSION

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Estas actividades se deben reportan en la estructura definida en el numeral 5.1.2.1. Registro tipo 2, con las siguientes características:

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
13	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumo	1	A	A:Ambulatorio	SI
14	Forma de Reconocimiento y Pago de la actividad, intervención o procedimiento, insumo	1	A	S: Pago por Servicio	SI
17	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	0 (Cero)	SI

7. COBERTURA DE INFORMACIÓN

Con el propósito de adelantar tareas adicionales de revisión y ajuste, especialmente en lo que tiene que ver con la representatividad de la información enviada en los registros remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social, se hace necesario conocer la real cobertura de la información reportada por las EPS en registros individuales por servicio, actividad, procedimiento o intervención.

Para esto se debe diligenciar la matriz adjunta en el anexo 11.2, la cual debe ser enviada en medio físico y magnético, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, con:

- El número de registros de prestación de servicios individuales que debían ser entregados por las IPS a la EPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.

- El número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.

- El número de registros de prestación de servicios individuales que se envían al Ministerio de la Protección Social y que pasaron la malla de validación por parte de la EPS correspondientes al año de estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.

- El valor declarado en la certificación del representante legal.

- El valor soportado en la base de datos de los registros enviados al Minsalud y que pasaron la malla de validación.

8. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud son los siguientes:

Calidad 1

Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.

Calidad 2 y 3

Verificación de la consistencia interna de la información se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo. Verificación cruzada de la información buscando la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia.

En la consistencia interna de la información se realizan validaciones cruzadas entre dos o más variables de la solicitud, utilizando dos tablas una para Diagnósticos y otra para Actividad, intervención y procedimiento.

- Diagnósticos

Para la validación del Diagnóstico se utiliza la tabla de CIE10 con cinco columnas (código del diagnóstico, nombre del diagnóstico, sexo, edad mínima y edad máxima).

La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1, la columna Diagnóstico, sexo, Edad Min. y Edad Máx. Se hacen validaciones cruzadas de la siguiente manera:

Sexo: (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
Edad: El valor de la edad se calcula en años con **la fecha de prestación del servicio**, para los casos en los cuales no existe un límite inferior el valor es cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe límite superior el valor es 999 en la tabla.

- Actividad, intervención y procedimiento.

Para la validación de Actividad, intervención y procedimiento se utiliza la tabla de CUPS con 8 columnas: Código, Descripción, sexo, Ámbito, límite inferior, límite superior, estancia, único. Las cuales cruzan dos o tres columnas según los siguientes criterios:

1. La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1.

2. La primera columna y la columna sexo valida el género de la actividad, intervención y/o procedimiento, (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.

3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito de la actividad, intervención y/o procedimiento A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto.
4. La primera columna, el ámbito y la columna estancia hace las siguientes validaciones:
    a. ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
    b. Si ámbito es H debe tener días de estancia mayor que cero, son los códigos de la columna estancia marcados con E.

Calidad 4

Verificación de derechos de los usuarios, cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles.

Calidad 5

Verificación de atenciones en salud únicas, detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.

Para la validación de atenciones en salud únicas, se utiliza la tabla de CUPS, la validación se hace con la primera y última columna aplicando las siguientes reglas:

• Duplicados A (Únicos Año), registros iguales por EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, actividad

```
select   eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, sexo, cod_dpto, cod_muni, diag, fecha_serv, actividad,
ambito, forma_rec, dias_estan, valor, valor_usu, tipo_cod,
from        dbo.servicios
where    (num_ide in (select     num_ide
from         dbo.sera as tempo
group by eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, actividad


having      (count(*) > 1)
and (eps = sera.eps)
and (tipo_ide = sera.tipo_ide)
and (num_ide = sera.num_ide)
and (fecha_naci = sera.fecha_naci)
and (actividad = sera.actividad)))
```

• Duplicados G (Únicos fecha de Servicio), registros iguales EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de servicio, actividad

```
select * from servicios
where (((serg.num_ide)
in (select num_ide from serg as tempo
group by eps,tipo_ide,num_ide,fecha_naci,fecha_serv,actividad
having count(*) >1
and eps=serg.eps
and tipo_ide=serg.tipo_ide
and num_ide=serg.num_ide
and fecha_naci=serg.fecha_naci
and fecha_serv=serg.fecha_serv
and actividad=serg.actividad)));
```

Calidad 6

Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a $100.000.000 de pesos.

En este proceso de calidad se cuentan las actividades por afiliado con los criterios de agrupación EPS, tipo de identificación, número de identificación y forma de reconocimiento y pago y se seleccionan aquellos con cien (100) o más actividades.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, count(actividad), forma_rec from dbo.servicios
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having count (actividad) >= 100
```

El mismo proceso se hace sumando el campo valor y se seleccionan aquellos con suma de valor mayor o igual a cien millones $100.000.000 de pesos.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, sum(valor), forma_rec from dbo.servicios
```

```
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having sum(valor) >= 100000000
```

Calidad 7

Verificación de las actividades de afiliados con el mismo tipo de identificación y número de identificación que aparecen con diferente sexo o fecha de nacimiento.

Calidad 8

Verificación de la existencia de prestadores reportados por código de habilitación frente a la base de datos REPS del SGSSS y al anexo del campo código de prestador.

9. RELACIÓN DE ANEXOS:

- Tablas División político administrativa – DANE, Codificación CIE – 10, Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, Codificación Única Medicamentos CUM y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y tablas de referencia de Formas Farmacéuticas, Unidad de Concentración, Unidad de Medida de Dispensación.

10. REMISION CARTA CERTIFICACION DEL GASTO Y FORMATO DE COBERTURA

El formato de Carta de remisión debe ser dirigido a nombre de **FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO**, Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, y enviada de acuerdo con el calendario de entregas.

11. ANEXOS

11.1. Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud periodo 2015

Ciudad: _____, día ___ de mes _____ de 2016

Doctor
FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Asunto: Remisión de información para el Estudio de Suficiencia UPC-POS

Nombre de la Empresa Promotora de Salud _____
Régimen _____ (Una carta por c/ Régimen)

Respetado doctor,

Por la presente estamos enviando los medios y archivos relacionados a continuación:

Código de la EPS	**Nombre de archivos enviados por PISIS**	**Número de registros (Filas)**

Nota: Fecha de corte de la facturación de prestadores es a marzo 31 de 2016.

Certifico que el gasto total del periodo correspondiente entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

$ _____ por Capitación (C)
$ _____ por pago por Servicios (S)
$ _____ por pago por Procedimiento (P)
$ _____ por pago Directo (I)
$ _____ Autorizaciones (A)

$_____ **Total**

Adicionalmente, me permito certificar el monto total del gasto en servicios de salud en el período comprendido entre 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2015 por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	VALOR
Póliza(s) de alto costo, adquirida(s) para reasegurar los siniestros por alto costo	
Reembolsos o pagos hechos a las EPS, por reclamación de los siniestros de alto costo	

CTC no reconocido*	
Tutelas no reconocido*	

Las fuentes de información de los archivos de prestación de servicios (S) utilizadas para generar el informe son: _____

CONTACTOS EN LA EPS:

Las personas que se pueden contactar para resolver cualquier inquietud acerca de la información son:

Nombre: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Nombre Representante Legal: _____

Correo electrónico Representante Legal: _____

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS
Se anexa lo enunciado en medio magnético

Firma y nombre Revisor Fiscal de la EPS

11.2. Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al Minsalud en el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2015

EPS: _____ **REGIMEN :**_____

CÓDIGO:

ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO DIRECTO (I)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)	AUTORIZACIONES (A)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debian entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debian entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
AMBULATORIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debian entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debian entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
TOTAL	Número de registros de prestación de servicios individuales que debian entregar las IPS	-	0		0	0
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS	-	0		0	0
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS	-	0		0	0
	Valor Declarado	-	0		0	0
	Valor soportado en Base de datos	-	0		0	0

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS **Firma y nombre del Revisor Fiscal de la EPS**

Se anexa lo enunciado en medio magnético

11.3. ARCHIVO COMPRIMIDO CON EL SOPORTE DOCUMENTAL DE FORMATO DE COBERTURA Y DECLARACION DEL GASTO

Las EPS deben reportar a este Ministerio la compilación de los soportes documentales digitalizados de la información para el "ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2017", por medio de un archivo comprimido, el cual contendrá la **Declaración del Gasto y el Formato de Cobertura** digitalizados en formato PDF correspondientes al periodo de reporte y de acuerdo con la estructura y especificaciones técnicas definidas en este Anexo.

Para este anexo técnico se definen los siguientes capítulos:

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

CAPITULO 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS COMPRIMIDOS.

1. Especificación de los archivos
1.1 Estructura y especificación del nombre de los archivos

A continuación se especifica el nombre de los archivos comprimidos que contienen los soportes documentales asociados a la entrega de información para el "ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2017", es decir la imagen del formato o formatos firmados por el representante legal y el revisor fiscal.

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Obligatorio
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información en este Ministerio para REC: Reportes de Control	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información – EPS Entidades Promotoras de Salud	3	SI
Tema de información	SOCD	Soportes documentales digitalizados asociados	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada,	8	SI

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Obligatorio
		correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo, La fecha valida es 20160331.		
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXXXX	Número de NIT de la entidad reportadora, sin digito 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	.DAT	Extensión del archivo, es un archivo comprimido en formato .ZIP y renombrada la extensión a .DAT.	4	SI

Nombre del archivo.

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo con soportes documentales digitalizados asociados a la información formato de cobertura y declaración del gasto	SUF140SOCDAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxxx.DAT	36

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS.

2.1 Especificación técnica de los archivos comprimidos.

Los archivos deben ser comprimidos mediante el formato ZIP, con extensión cambiada a .DAT y debe contener los archivos de soportes documentales digitalizados, correspondientes al periodo de reporte.

2.2 Especificación técnica de los archivos de soportes documentales digitalizados

Los archivos deben ser archivos PDF /a, que cumplan con Gobierno en Línea.

2.3 Estructura del nombre de los archivos de soportes documentales digitalizados.

El nombre de los archivos de soportes documentales digitalizados contenidos en el archivo comprimido debe cumplir con el siguiente estándar de nombre:

Componente del Nombre de Archivo	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Tipo de identificación de la persona	NI	2	SI
Número de identificación de la persona	Número de Identificación de la persona a quien corresponde el soporte digitalizado, sin puntos, comas o guiones. En caso de ser menor de 17 caracteres completarlos con cero (0) a la izquierda.	17	SI
Extensión del archivo	.PDF Extensión del archivo del soporte digital	4	SI

Nombres de archivos de soportes documentales digitalizados

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo de soporte documental digitalizado	NIXXXXXXXXXXXXXXXXX.PDF	23

CAPITULO 3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El 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 el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal 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 al reportante.
- 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 al reportante el resultado.

Se entiende cumplida la obligación de este reporte una vez la segunda validación sea exitosa.

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_Ayudas.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, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

CAPÍTULO 4. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.

La periodicidad de envío de esta información es:

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final y Fecha de Corte	Fecha inicial	Fecha final
2015-01-01	2015-12-31	Junio 15 de 2016	Julio 15 de 2016

Las entidades reportadoras enviarán el archivo mediante PISIS Cliente Neo y PISIS dispondrá el archivo en el destino para su procesamiento.