



SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD 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.”

RESOLUCION 5593 DE 2015. DISPOSICIONES APLICADAS A LA PRUEBA PILOTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO

PERIODO SOLICITADO AÑO 2016

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

TABLA DE CONTENIDO

1. PROPÓSITO.....	4
2. ALCANCE	4
3. OBJETIVO GENERAL	4
4. MARCO NORMATIVO	4
5. DEFINICIONES	8
6. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACION	10
6.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio	10
6.1.1. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.....	10
6.1.2. Estructura del Contenido del Archivo.....	11
6.1.2.1. Registro tipo 1 – Registro de control.....	12
6.1.2.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de PROCEDIMIENTOS CUPS.	13
6.1.2.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de MEDICAMENTOS CODIGO CUM.....	16
6.1.2.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 134 Resolución 5592-PROCEDIMIENTOS	21
6.1.2.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 134 Resolución 5592-MEDICAMENTOS.	26
6.1.2.6. Registro tipo 8 – Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto	38
6.2. Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto.....	45
6.3. Actividades Diferenciales Indígenas.....	46
6.4. Características de los archivos planos.....	47
6.5. Plataforma para el envío de archivos.....	47
6.6. Información a reportar.....	49
6.7. Períodos para reportar la información.....	49
7. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN.....	50
7.1. Información requerida sobre prestación de servicios de salud	50
7.1.1. Fuente de datos	50
7.1.2. Unidad de Registro para los servicios reportados	50
8. COBERTURA DE INFORMACIÓN	51
9. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	52
10. RELACIÓN DE ANEXOS:.....	54
11. REMISION CARTA CERTIFICACION DEL GASTO Y FORMATO DE COBERTURA.....	55
12. ANEXOS.....	55
12.1.Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud periodo 2016.....	55

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	42
Tabla 3 Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto	45
Tabla 4 Códigos de reporte de actividades del POS del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas	46

1. PROPÓSITO

Con el propósito de formular la propuesta técnica que sirva de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud sobre ajuste al Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas Unidades de Pago por Capitalización (UPC-C, UPC-S), el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el estudio “APLICACIÓN DE PRUEBAS PILOTO DE IGUALACIÓN DE LA PRIMA PURA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITALIZACIÓN – UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO”, con base en la información de la demanda de servicios de salud recopilada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado, de que trata la Resolución 5968 de 2014 y la Resolución 5593 de 2015 y demás fuentes determinadas para el presente estudio.

2. ALCANCE

- Tiempo de duración: dos años (2015 – 2016)
- Financiación: Nación y posible cofinanciación por las Entidades Territoriales mencionadas.
- Condiciones de permanencia: envío de información en condiciones de oportunidad y calidad y evaluación de costos y frecuencias.

3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las frecuencias de uso y los costos de la prestación de servicios de salud en las ciudades seleccionadas, Bogotá, Santiago de Cali, Barranquilla y Medellín, para determinar la viabilidad de igualar primas puras del Régimen Subsidiado a las del Régimen Contributivo, manteniendo los ponderadores de edad y sexo del Régimen Subsidiado.

4. MARCO NORMATIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para definir el valor de la Unidad de Pago por Capitalización -UPC- para la financiación del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen según las normas del Régimen Contributivo, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 4107 de 2011, artículo 2º numeral 32 modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el numeral 7 del artículo 7º de este último Decreto.

De otra parte, con fundamento en el artículo 136 de la Resolución 5521 de 2013 y en el artículo 14 de la Resolución 5522 de 2013, la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, tiene la potestad de solicitar a las Entidades

Territoriales, EPS, IPS y demás agentes del sistema la información que se requiera para efectos de definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En virtud de lo estipulado en el párrafo del artículo 2º del citado Decreto 2562 de 2012, de conformidad con los parámetros y términos señalados en el párrafo 3º del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social en las decisiones referidas al Régimen Contributivo deberá consultar el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo y en las referidas al Régimen Subsidiado, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

La Ley 100 de 1993 previó la unificación progresiva de los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, medida regulatoria que fue implementada por el ente competente en forma progresiva por grupos etarios, ajustando en cada oportunidad la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en la medida en que el POS de éste se igualaba al del Régimen Contributivo, para asegurar la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud unificados, de acuerdo con estudios técnicos basados principalmente en la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

La Corte Constitucional mediante la Sentencia T- 760 de 2008 ordenó al organismo competente la unificación de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, para la población menor de dieciocho años en forma inmediata (ordinal 21) y para el resto de la población, en forma progresiva gradual y sostenible (ordinal 22) basada en un programa y un cronograma establecido para estos efectos, teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

En la parte motiva de la referida providencia la Corte Constitucional hizo importantes disertaciones con relación a la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el POS unificado mediante el Régimen Subsidiado, haciendo énfasis en la necesidad de mejoramiento de la información reportada al ente competente para los cálculos correspondiente.

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional mediante los autos 261 y 262 ordenó a los organismos competentes elaborar una metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC – S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades y diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS; Y en forma consecuente, que hasta tanto no se diera cumplimiento a este mandato, se entendería que el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado sería igual al establecido para el Régimen Contributivo.

La alta Corporación mediante auto 278 de 2013, con el fin de avanzar en la fase de participación dentro del trámite constitucional de seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008, particularmente a lo ordenado en los autos 261 y 262 de 2012 y considerando que para constatar el acatamiento de las actividades ordenadas por parte de las autoridades concernidas era procedente contar con elementos de juicio suficientes que permitieran efectuar un balance sobre el mismo, formuló una serie de

interrogantes a los Peritos Constitucionales Voluntarios sobre los estudios allegados a la Corte que soportaron las medidas regulatorias de fijación de la UPC-S en cuestión, poniéndolos a su disposición para su respectivo análisis.

La honorable corporación en el Auto 279 de 2013, advirtió que ese Tribunal se encuentra a la espera de concluir la fase de participación mencionada para efectuar el balance del acatamiento de las órdenes impartidas; siendo así que habiéndose completado la unificación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado para toda la población a nivel nacional en julio de 2012 y dado que dos años después de su implementación el Ministerio de Salud y Protección ha robustecido los esfuerzos para lograr el cumplimiento del reporte de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y Entidades Obligadas a Compensar – EOC, de modo que se ha observado progreso en la curva de frecuencias de uso de los servicios unificados por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado, entendiéndose esto como un avance hacia la superación de situaciones fácticas disímiles.

Finalmente, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión de 18 de diciembre de 2014, en el marco de sus funciones formuló recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en las cuales se precisa definir los requisitos y lineamientos para la puesta en marcha de las pruebas piloto de igualación temporal de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo.

Las recomendaciones de la comisión fueron las siguientes:

- “1. Adelantar pruebas piloto de igualación temporal (hasta por dos años) de primas puras en el Régimen Subsidiado en algunos municipios, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2º, numeral 5º de la Ley 1608 de 2013, y según las condiciones del Régimen Subsidiado.
2. Una condición para mantener la prueba piloto es el envío de la información al Ministerio de Salud y Protección Social en la periodicidad, calidad y condiciones que establezca dicho ministerio...”

En Diciembre de 2015, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en la Resolución 5593, Capítulo III, Artículo 18, establece las disposiciones aplicadas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado, incluidas las EPS del Régimen Contributivo con afiliados en estado de movilidad.

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

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	“Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud”
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de exclusiones, periodos mínimo de cotización y atención no POS y Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)

Norma	Tema o asunto
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.
Acuerdo 028 de 2011 de la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

Norma	Tema o asunto
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

5. DEFINICIONES

1. Actividad de salud: es el conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.
2. Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas

dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

3. Procedimiento no quirúrgico: operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que no implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.
4. Procedimiento quirúrgico: operación manual y/o instrumental con fines diagnósticos o terapéuticos, que implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano
5. Intervención en salud: conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
6. Medicamento: es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
7. Denominación Común Internacional: nombre científico de un medicamento, que corresponde al dominio público, asignado por la Organización Mundial de la Salud para facilitar la identificación de un principio activo.
8. Forma farmacéutica: preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
9. Margen Terapéutico: intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica con mínima toxicidad.
10. Medicamento esencial: se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país. Corresponde a los medicamentos incluidos en el POS, Decreto 677 de 1995.
11. Medicamento genérico: se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.
12. Insumos: hace referencia a los materiales, suministros, dispositivos médicos, prótesis, ortesis, injertos, válvulas, marcapasos, elementos ortopédicos y otros elementos de uso médico incluidos en el POS; y las soluciones para preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico con fines de trasplante.

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

6. 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:

6.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio

Información sobre todos los servicios de salud prestados en 2016 a los afiliados de las ciudades incluidas en el piloto, pertenecientes al Régimen Subsidiado.

6.1.1. 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	PIP	Identificador del módulo de información: Prueba piloto igualación de prima pura UPC	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	EPIP	Información prueba piloto de igualación de prima pura régimen subsidiado - régimen contributivo	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

¹ Resolución 5592 de 2015 Minsalud.

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Número de identificación de la entidad reportante	99999999999 9	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	S	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: 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 Prueba piloto igualación de prima pura UPC	PIP140EIPAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxxS99.txt	39

6.1.2. 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 5592, Artículo 134 - PROCEDIMIENTOS, (**Registro Tipo 6**) contiene la información de Resolución 5592, Artículo 134 – MEDICAMENTOS 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 Artículo 134 Resolución 5592-PROCEDIMIENTOS	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 134 Resolución 5592-MEDICAMENTOS	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.

6.1.2.1. 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 tipo 2, contenidos en el archivo.	SI

6.1.2.2. 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 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 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	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI
10	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo	8	A	<u>Actividad, intervención o procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS POS 2016	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.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Número de días estancia	3	N	<p><u>Número de días de estancia:</u> 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</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento. Cuando no aplique registrar cero (0).	
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 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: Recordamos que los campos VALOR y VALOR USUARIO deben manejarse de forma independiente, conforme a la solicitud de información.

6.1.2.3. 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

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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
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 Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	SI
10	Código de Medicamento dispensado	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p>	
11	Cantidad dispensada	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1, Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios,</u></p> <p>Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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
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.

6.1.2.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 134 Resolución 5592-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 Artículo 134 de la Resolución 5592	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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 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

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
9	Fecha de Prestación del procedimiento NO POS	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio.</p> <p>Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.</p> <p>En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p>	SI
10	Código del procedimiento NO POS	8	A	<p>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.</p>	SI
11	Ámbito del procedimiento NO POS	1	A	<p>A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario</p>	SI
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad del procedimiento NO POS	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades,</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Número de días estancia	3	N	<p><u>Número de días de estancia:</u> 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.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Cuando no aplique registrar cero (0).	
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
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 2016.	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.

6.1.2.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 134 Resolución 5592-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 Artículo 134 Resolución 5592	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
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

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	SI
10	Código de Medicamento NO POS dispensado	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima es de 12 caracteres. Ejemplo: 20059967-115</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p>	
11	Cantidad dispensada	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1, Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios.</u></p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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).	
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	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
14	Valor del Medicamento NO POS	10	N	<p>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.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	10	N	<p>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).</p>	SI
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	<p>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"</p>	SI
17	Código de Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	11	A	<p>Código ATC con consecutivo (sin espacios) según figura en el anexo 1 de la Resolución 5592 de 2015, del medicamento POS que teóricamente se reemplazó con el medicamento NO POS.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE"</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El código a reportar en este campo es: N02BE0101</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15:</p> <p>b. "ACETAMINOFÉN Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA."</p> <p>El código a reportar en este campo es: N02BE0103</p> <p>c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN"</p> <p>El código a reportar en este campo es: B02BD0201</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5592/15:</p> <p>d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS"</p> <p>El código a reportar en este campo es: L04AB0401</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica, según Res. 5592/15:</p> <p>e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Incluye todas las concentraciones TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA."</p> <p>El código a reportar en este campo es: J01EE0103</p>	
18	Concentración del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	20	A	<p>Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento POS teórico (Tableta, cápsula, Ampolla, vial).</p> <p>En el caso de combinaciones a dosis fijas de principios activos en un mismo medicamento se debe escribir la cantidad de cada uno de</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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</p> <p>PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" Y PARA "SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL" LA CONCENTRACIÓN SE DEBE EXPRESAR COMO "1"</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El valor a reportar en este campo es: 150</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res.</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>5592/15. 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</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica, según Res. 5592/15. 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</p>	
19	Unidad de concentración del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	<p>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</p> <p>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"</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15: a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE"</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El valor a reportar en este campo es: UC054 que corresponde a mg/5 mL</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>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</p> <p>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: UC064 que corresponde a U.I. de factor VIII</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5592/15. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>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</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15: Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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).</p>	
20	Forma Farmacéutica del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	<p>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-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento con concentración y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15: a. "ACETAMINOFÉN 150 mg/5 mL (3%) JARABE" El valor a reportar en este campo es: FF029 que corresponde a "JARABE"</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15: 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)"</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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"</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Res. 5592/15. Se debe especificar la forma farmacéutica del medicamento dispensado:</p> <p>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: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en el anexo 1 Res. 5592/15: Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>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)"</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx	SI
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.

6.1.2.6. 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 departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>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.</p> <p>*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.</p>	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio.</p> <p>Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.</p> <p>En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p>	SI
10	Código del insumo	8	A	<p>Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto. Ver tabla 4</p>	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	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>*Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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 ancianos.	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

Campo Código del diagnóstico principal

De acuerdo con la Resolución 3374 de 2000

1. Para el registro de datos de consulta anotar el código de **diagnóstico confirmado** o presuntivo que originó la atención.
2. En actividades de promoción y prevención registrar el código CIE-10 perteneciente al capítulo XXI Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) que mejor describa la condición o factor que influye en el estado de salud del paciente.
3. Para el registro de datos de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos anotar el correspondiente diagnóstico que condujo a la realización del procedimiento.
4. Para el registro de datos de prestación individual de servicios de urgencias con observación anotar el diagnóstico principal de salida del servicio.
5. Para el registro de datos de hospitalización anotar el diagnóstico principal de egreso; no se deben registrar códigos CIE-10 pertenecientes al capítulo XXI (Z00- Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud)
6. Para el registro de datos de prestación individual en el ámbito domiciliario, se debe registrar el código CIE-10 de la patología que originó la atención.

Campo Código del diagnóstico relacionado

De acuerdo con la Resolución 3374 de 2000 esto es:

1. En consulta ambulatoria anotar cuando corresponda el código CIE 10 del **diagnóstico relacionado**, sea este confirmado o presuntivo.
2. En actividades de promoción y prevención registrar el código CIE-10 que mejor describa la condición o factor que influye en el estado de salud del paciente y que guarde relación con la actividad realizada.
3. Para el registro de datos de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos anotar el diagnóstico relacionado, si aplica.
4. Para el registro de datos de prestación individual de servicios de urgencias con observación anotar el diagnóstico relacionado a la salida, si aplica.
5. Para el registro de datos de hospitalización anotar el diagnóstico relacionado con el principal y que ameritó la realización de procedimientos o suministro de servicios. En este ámbito se excluyen los códigos CIE-10 del capítulo XXI (Z00- Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud). Las patologías que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.
6. Para el registro de datos de prestación individual en el ámbito domiciliario, se debe registrar el código CIE-10 de la patología relacionada con el diagnóstico que originó la atención y ameritó la realización de procedimientos o suministro de servicios. Las patologías que hayan

afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

Cantidad Dispensada

Unidad de reporte según la forma farmacéutica:

Ilustración N.1

ESTADO FÍSICO	ESTERIL / NO-ESTERIL	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FORMAS FARMACÉUTICAS	UNIDAD DE REPORTE
LÍQUIDOS	ESTERIL	PARENTERAL	<ul style="list-style-type: none"> • INYECTABLES • SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INYECCIÓN • SOLUCIÓN INYECTABLE 	ENVASE: 1) Vial, 2) Ampolla, 3) Jeringa Prellenada, 4) Cartucho, 5) Frasco.
	NO-ESTERIL	ORAL	<ul style="list-style-type: none"> • JARABE • SOLUCIÓN ORAL • SUSPENSIÓN ORAL 	ENVASE: 1) Frasco, 2) Jeringa dosificadora.
SÓLIDOS	ESTERIL	PARENTERAL	<ul style="list-style-type: none"> • POLVO ESTERIL, PRECONSTITUIR A SOL INYECTABLE • POLVO ESTERIL, PRECONSTITUIR A SUSPENSIÓN INYECTABLE • POLVO LIOFILIZADO PV RECONSTITUIR A SOL INYECTABLE 	ENVASE: 1) Vial, 2) Cartucho, 3) Ampolla, 4) Frasco.
	NO-ESTERIL	ORAL	<ul style="list-style-type: none"> • CAPSULA BLANDA • CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA • CAPSULA DURA • TABLETA • TABLETA BUCAL • TABLETA CON CUBIERTA ENTERICA CON PELICULA • TABLETA CUBIERTA (GRAGEA) • TABLETA CUBIERTA CON PELICULA • TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA • TABLETA DISPERSABLE • TABLETA RECUBIERTA 	UNIDAD FARMACÉUTICA; de acuerdo a todas las formas farmacéuticas listadas en el cuadro anterior.

Fuente: Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud – EPS para el monitoreo de tecnologías en salud instructivo para el reporte obligatorio de información del año 2014. 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 dígito de verificación anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador **N900092912**

- 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 **C79380644**

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.

6.2. 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

6.3. 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 reportar 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

6.4. 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.

6.5. 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/Ciente/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.

6.6. Información a reportar

Para ampliar la información que se debe reportar consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx> donde encontrará la Solicitud de Información.

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

6.7. Períodos para reportar la información.

Conforme a las Disposiciones Aplicadas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado, en el Capítulo III de la Resolución 5593 de 2014, Numeral 18.3 en relación a la vigencia respectiva, definió que la misma se debe reportar cada cuatrimestre, discriminando la información en forma mensual adicionalmente determinó que el plazo para su envío será hasta la cuarta semana del siguiente mes al vencimiento del cuatrimestre respectivo.

Así, el reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante **el período del 1 de Enero al 31 de Diciembre 2016**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior. El reporte se debe hacer con cortes cuatrimestrales así:

<i>Periodo de la información reportada</i>		<i>Periodo de recepción del archivo</i>	
<i>Fecha Inicial</i>	<i>Fecha Final y Fecha de Corte</i>	<i>Fecha inicial</i>	<i>Fecha final</i>
2016-01-01	2016-04-30	Mayo 23 de 2016	Mayo 31 de 2016
2016-05-01	2016-08-31	Septiembre 26 de 2016	Septiembre 30 de 2016
2016-09-01	2016-12-31	Enero 24 de 2017	Enero 24 de 2017

Nota: De acuerdo con el flujo de la facturación, la información que completa el cuatrimestre anterior puede reportar en el cuatrimestre siguiente.

En virtud de lo estipulado en el Capítulo III de la Resolución 5593 de 2015, el incumplimiento de los plazos estipulados será causal de finalización de la prueba piloto para cada EPS, con las consecuencias que implican el reverso de esta medida.

7. 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 POS contemplado en cada uno de los regímenes.

7.1. 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.

7.1.1. 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 2016 y cubiertos por los planes de beneficios.

7.1.2. 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.

8. COBERTURA DE INFORMACIÓN

Para poder garantizar confiabilidad y representatividad de los datos reportados y de los cuales se generará información sobre el comportamiento de la demanda, oferta, perfil epidemiológico, cobertura de acciones de P y P y otra, se requiere que la EPS adicione al archivo la información sobre las IPS que le prestaron servicios en ese período y el porcentaje que representan estos registros frente a los esperados por cada tipo contratación. Así:

CÓDIGO DE LA IPS QUE PRESTO LOS SERVICIOS EN EL PERIODO*	NOMBRE DE LA IPS QUE PRESTO LOS SERVICIOS EN EL PERIODO	TIPO DE CONTRATACION**	PORCENTAJE DE REGISTROS ENTREGADOS RESPECTO AL TOTAL QUE DEBIA ENTREGAR LA IPS PARA CADA TIPO DE CONTRATO

* 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”

**Las modalidades deben ser:

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.**

I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. ANEXOS

12.1. Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud periodo 2016

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 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. **Periodo: Cuatrimestre comprendido entre _____ y _____**

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)

Certifico que el gasto total del periodo correspondiente al cuatrimestre uno (), dos (), tres () del año 2016 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)

\$ _____ **Total**

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