

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**ANEXO TECNICO No. 1****REPORTE DE INFORMACION A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA PARA
EL “ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO
DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2016”**

Las entidades obligadas a reportar definidas en la presente Resolución deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información para el “Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo de la Unidad de Pago por Capacitación para Garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el Año 2017” de acuerdo a la siguiente estructura:

- 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS.**
- 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS.**
- 3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS.**
- 4. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.**

1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS**a. Estructura y especificación del nombre del archivo.**

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

COMPONENTE DEL NOMBRE DE ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información: Registro de prestación de servicios.	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	ESUF	Información para el Estudio de Suficiencia UPC- POS	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del periodo de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

COMPONENTE DEL NOMBRE DE ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportante	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	X	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: S: Subsidiado C: Contributivo	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 la prestación de servicios.	SUF140 ESUF AAAAMDDNlxxxxxxxxxxx01.txt	39

b. 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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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 7**) contiene la información de IBNR, 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 132 Resolución 5521-PROCEDIMIENTOS	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 132 Resolución 5521-MEDICAMENTOS	Obligatorio
Tipo 7	Registro de detalle con la información de IBNR	Obligatorio
Tipo 8	Registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto	Obligatorio

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

b.1. REGISTRO TIPO 1 – REGISTRO DE CONTROL

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

No.	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD MÁXIMA DEL CAMPO	TIPO	VALORES PERMITIDOS	REQUERIDO
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que indica que el registro es de control	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD MÁXIMA DEL CAMPO	TIPO	VALORES PERMITIDOS	REQUERIDO
1	Código de la EPS	6	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.	SI
2	Fecha inicial del periodo a reportar	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha de inicio del periodo de información reportada.	SI
3	Fecha final del periodo de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y 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

b.2 REGISTRO TIPO 2 – REGISTRO DE DETALLE 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	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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD	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,	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI
10	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo	8	A	<u>Actividad, intervención o procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS, salvo para aquellos procedimientos a los que se les haya asignado otro código en las tablas habituales.	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 S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso I: Pago Directo A: Autorizado.	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
13	Número de días estancia	3	N	Días que permaneció hospitalizado. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
14	Valor actividad, intervención, procedimiento o insumo	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
17	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

b.3 REGISTRO TIPO 3 – REGISTRO DE DETALLE PARA EL REPORTE DE MEDICAMENTOS CODIGO CUM

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el medicamento	10	F	Formato AAAA-MM-DD	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
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal.	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI
10	Código de Medicamento dispensado	12	A	Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co .	SI
11	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial.	SI
12	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				U: Urgencias D: Domiciliario	
13	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso I: Pago Directo A: Autorizado.	SI
14	Valor del Medicamento	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
17	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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

b.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 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 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	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	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.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal.	SI
9	Fecha de Prestación del procedimiento NO POS	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
10	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo NO POS	8	A	<u>Actividad, intervención o procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS.	SI
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento o insumos NO POS	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 NO POS	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso I: Pago Directo A: Autorizado.	SI
13	Número de días estancia	3	N	Días que permaneció hospitalizado. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
14	Valor actividad, intervención, procedimiento o insumo NO POS	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
17	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
18	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo POS	8	A	<u>Actividad, intervención o procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS, salvo para aquellos procedimientos a	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				los que se les haya asignado otro código en las tablas habituales.	
19	Valor actividad, intervención, procedimiento o insumo 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

b.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	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal.	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI
10	Código de Medicamento NO POS dispensado	12	A	Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co .	SI
11	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial.	SI
12	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del medicamento NO POS	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso I: Pago Directo A: Autorizado.	SI
14	Valor del Medicamento NO POS	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: cuotas moderadoras. En pesos	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
17	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
18	Código de Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	11	A	Código ATC con consecutivo (sin espacios) según figura en el anexo 1 de la resolución 5521 de 2013.	SI
19	Concentración del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	20	A	Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento (Tableta, cápsula, Ampolla, vial).	SI
20	Unidad de concentración POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo dispensado, 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	SI
21	Forma farmacéutica del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la forma farmacéutica del medicamento dispensado, 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	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				FARMACÉUTICAS, disponible en el link: http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx	
22	Unidad de medida del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la unidad mínima de medida del medicamento dispensado en la que se realiza el reporte de dispensación ver 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
23	Cantidad Dispensada Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial.	SI
24	Valor del Medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI

b.6 REGISTRO TIPO 7 – REGISTRO DE DETALLE PARA EL REPORTE DE IBNR

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	7: Indica que el registro es de IBNR	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Fecha de pago del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
6	Valor Pagado	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe colocar cero (0).	SI
7	Numero de Factura	15	A	Corresponde a la factura soporte de este pago.	SI
8	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumo	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso. I: Pago Directo	SI

b.7 REGISTRO TIPO 8 – REGISTRO DE DETALLE DE INSUMOS, LENTES, MONTURAS, STENT DUODENAL, STENT CORONARIO RECUBIERTO O MEDICADO Y STENT CORONARIO CONVENCIONAL O NO RECUBIERTO

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	8: Indica Registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD	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,	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI
10	Código de actividad, intervención, procedimiento o insumo	8	A	Registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto	SI
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento o insumos	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				U: Urgencias D: Domiciliario	
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento o insumos	1	A	C: Pago por Capitalización S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico unidad de pago la constituye cada caso I: Pago Directo A: Autorizado.	SI
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 coloque cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, corresponde a copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no hay valor coloque cero (0).	SI
17	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

CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

- 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.

2. 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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Registrar entidad:

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

Registrar solicitud de usuario:

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

Control de calidad de los datos.

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

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

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

Mesa de ayuda.

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

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

Adicionalmente, se dispone de documentación para el uso de la plataforma PISIS en el siguiente enlace:

<http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Soporte/FAQ/FAQ.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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 entidad competente.

3. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO

La Fecha inicial del período a reportar es 2016-01-01 y la Fecha final es 2016-06-30.

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final y Fecha de Corte	Fecha inicial	Fecha final
2016-01-01	2016-06-30	Agosto de 2016	Agosto de 2016

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

ANEXO TECNICO No. 2

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

Las EPS deben reportar a este Ministerio la compilación de los soportes documentales digitalizados de la información para el “ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2016”, por medio de un archivo comprimido, el cual contendrá la declaración del gasto y el formato de cobertura digitalizados en formato PDF correspondientes al periodo de reporte y de acuerdo con la estructura y especificaciones técnicas definidas en este Anexo.

Para este anexo técnico se definen los siguientes capítulos:

Capítulo 1. Estructura y especificación de los archivos comprimidos.

Capítulo 2. Características de los archivos.

Capítulo 3. Plataforma para el envío de archivos.

Capítulo 4. Periodo de reporte y plazo.

CAPITULO 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS COMPRIMIDOS.

1. Especificación de los archivos

1.1 Estructura y especificación del nombre de los archivos

A continuación se especifica el nombre de los archivos comprimidos que contienen los soportes documentales asociados a la entrega de información para el “ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

EN EL AÑO 2017", es decir la imagen del formato o formatos firmados por el representante legal y el revisor fiscal.

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Obligatorio
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información en este Ministerio para REC: Reportes de Control	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información – EPS Entidades Promotoras de Salud	3	SI
Tema de información	S OCD	Soportes documentales digitalizados asociados	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. Ejemplo, La fecha valida es 20150331.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXXXX	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la	12	SI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Obligatorio
		izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123		
Extensión del archivo	.DAT	Extensión del archivo, es un archivo comprimido en formato .ZIP y renombrada la extensión a .DAT.	4	SI

Nombre del archivo.

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo con soportes documentales digitalizados asociados a la información formato de cobertura y declaración del gasto	SUF140SOCDAAMMDDNIxxxxxxxxxxxx.DAT	36

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS.

2.1 Especificación técnica de los archivos comprimidos.

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

2.2 Especificación técnica de los archivos de soportes documentales digitalizados

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

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

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

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

Nombres de archivos de soportes documentales digitalizados

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

CAPITULO 3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal del SISPRO.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

CAPÍTULO 4. PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.

La periodicidad de envío de esta información es:

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final y Fecha de Corte	Fecha inicial	Fecha final
2016-01-01	2016-06-30	Agosto 2016	Agosto 2016

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