

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO

- 1) Seleccionar de las opciones cual es el motivo por el cual no puede realizar la prescripción en el aplicativo MIPRES V2.4.
- De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024, específicamente en el artículo 15 – Imposibilidad de acceso y registro en MIPRES, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibiliten el acceso a la herramienta tecnológica MIPRES:
- **Dificultades técnicas:** Corresponden a situaciones en las cuales el aplicativo MIPRES o los sistemas de información asociados se encuentran indisponibles o presentan fallas operativas que impiden el registro oportuno de la prescripción o la generación del número de prescripción en tiempo real.
 - **Falta de conectividad:** Se refiere a la ausencia o inestabilidad en el acceso a internet o a la red del prestador de servicios de salud (IPS), lo cual imposibilita la comunicación entre los sistemas de la entidad y los servidores del Ministerio de Salud y Protección Social para efectuar el registro de la prescripción en el aplicativo MIPRES.
 - **Ausencia de servicio eléctrico:** Comprende la falta o interrupción del suministro de energía eléctrica en el prestador de servicios de salud (IPS), situación que impide el uso de equipos informáticos, redes de comunicaciones y plataformas tecnológicas necesarias para la operación del sistema MIPRES.
 - **Inconsistencias de afiliación o identificación:** Se presentan cuando existe discrepancia entre la información del usuario registrada en MIPRES y la validada contra la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) u otros sistemas oficiales. Estas inconsistencias pueden originarse, entre otras causas, por:
 - Cambios recientes en la afiliación del usuario (traslados entre EPS).
 - Errores o desactualización en los datos de identificación (por ejemplo, cambio de tarjeta de identidad a cédula de ciudadanía).
 - Cambios en el tipo o número de documento de identificación, como ocurre en procesos de regularización de población migrante. Vencimiento o desactualización del documento de identificación.
 - Diferencias entre la información reportada por la entidad y la registrada en la BDUA.

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

- 2) Indicar la fecha completa de diligenciamiento del formulario, incluir la hora.
- 3) Indicar la Razón social de la IPS donde se presta el servicio.
- 4) Indicar el Número de identificación tributaria de la IPS donde se presta el servicio.
- 5) Indicar el Código de habilitación de la IPS donde se presta el servicio.

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

- 6) Seleccionar el tipo documento de identificación del profesional de salud tratante: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PE: Permiso Especial de Permanencia, PT: Permiso por Protección Temporal
- 7) Indicar el Número del documento de identificación del Profesional de salud tratante.
- 8) Indicar el nombre completo del profesional de salud tratante.
- 9) Indicar la Especialidad médica del profesional de salud tratante.
- 10) Indicar el Número del registro profesional del profesional de salud tratante.

IV. DATOS INICIALES

- 11) Seleccionar el tipo de documento de identificación del paciente: CC: Cédula de Ciudadanía, RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, NV: Nacido Vivo, CD: Carné Diplomático, SC: Salvoconducto de permanencia, PR: Pasaporte de la ONU, PE: Permiso Especial de Permanencia, PT: Permiso por Protección Temporal, AS: Adulto sin identificación, MS: Menor sin identificación.
- 12) Indicar el Número del documento de identificación del paciente.
- 13) Indicar el Nombre Completo del paciente.

14) **AMBITO DE ATENCIÓN:** Seleccionar el ámbito de atención en el cual se presta el servicio; Ambulatorio No Priorizado, Ambulatorio Priorizado, Hospitalario Domiciliario, Urgencias.

15) Sólo aplica para Medicamentos y procedimientos No UPC y ámbito Hospitalario Internación y Urgencias. Seleccionar si la prestación corresponde a una referencia/contrareferencia: Si, No.

16) Seleccionar si el paciente es un caso sospecho o confirmado de enfermedad huérfana. Si, No

- Indicar el nombre de la enfermedad huérfana, si aplica.
- Seleccionar el estado de la enfermedad huérfana.

17) Seleccionar si requirió inicio de tratamiento farmacológico inmediato específico para el caso sospechoso de enfermedad huérfana. Si, No.

18) Seleccionar si el diagnóstico principal del paciente es la enfermedad huérfana antes relacionada. Si, No

19) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD:

- Indicar el Diagnóstico Principal que genera la solicitud, así como los Diagnósticos Relacionados si es necesario, escriba el CIE-10 o el nombre completo de la enfermedad para los diagnósticos según corresponda.

V. MEDICAMENTOS

20) Seleccionar el tipo de medicamento No UPC a prescribir.

- Al seleccionar la opción Preparación Magistral, tener en cuenta: * Debe contener por lo menos un medicamento NO financiado con recursos de la UPC, * Si contiene Medicamentos de Control Especial, debe diligenciar el Recetario Oficial, * Recuerde que existen DCI que únicamente se comercializan en medicamentos en combinaciones a dosis fija. En estos casos se requiere la prescripción de cada uno de las DCI del medicamento.
- Al seleccionar la opción UNIRS, el profesional de la salud prescriptor declara que: El consentimiento informado para el uso del medicamento UNIRS existe y reposa en la Historia Clínica del paciente.

PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO NO UPC

21) Indicar el Principio activo en denominación común internacional - DCI del medicamento No UPC a prescribir.

22) Indicar la Concentración del principio activo a prescribir, en número y unidad de medida.

Para Preparaciones Magistrales, diligencie "Principio Activo-Concentración" como la Cantidad de Principio Activo (Numerador) y utilice el campo "Cantidad contenida P.A." (Denominador) indicando el número y la unidad de medida.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

- 23) Indicar la Forma farmacéutica del medicamento No UPC a prescribir.
- 24) Indicar la Vía o Forma de administración del medicamento No UPC a prescribir.
- 25) Indicar si se trata de un medicamento No UPC y UNIRS. Si, No.
- Si marco la opción Si, diligencie las indicaciones UNIRS relacionadas.
 - Marcar la casilla, si el consentimiento informado para el uso del medicamento UNIRS existe y reposa en la Historia Clínica del paciente.
- 26) Describir la Justificación No UPC para la prescripción del medicamento No UPC.
- 27) Seleccionar la Población objetivo del tratamiento con el medicamento Dolutegravir, Lamivudina, Tenofovir Disoproxil Fumarato - DLT.
- Población migrante venezolana, seleccionar si el tipo de documento de identificación y la nacionalidad debe corresponder a un extranjero venezolano.
 - Personas que viven con VIH recién diagnosticadas, al seleccionar será mutuamente excluyente con las Personas con falla virológica y con las Personas que requieren profilaxis pos-exposición.
 - Personas con falla virológica, al seleccionar será mutuamente excluyente con las Personas que viven con VIH recién diagnosticadas y con las Personas que requieren profilaxis pos-exposición.
 - Personas que requieren profilaxis pos-exposición, al seleccionar será mutuamente excluyentes con las Personas que viven con VIH recién diagnosticadas y con las Personas con falla virológica. La prescripción no puede exceder 30 días (1 tableta diaria x 30 días).
- 28) Indicar el Número y la unidad de medida para la dosis del medicamento No UPC.
- 29) Indicar el Número (Cada) y la unidad de tiempo para la frecuencia de administración del medicamento No UPC.
- Unidad de Tiempo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año, Según Respuesta al Tratamiento.
- 30) Seleccione la indicación especial para el medicamento No UPC a prescribir.
- Administración en dosis única - Administración inmediata - Administrar en Bolo - Administrar en Goteo - Infusión continua - Infusión intermitente - Infusión intermitente simultánea con perfusión de otra solución - Microgoteo - Perfusión - Sin indicación especial.
- 31) Indicar el número (Durante) y Periodo para la duración del tratamiento con el medicamento No UPC.
- Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año
- 32) Indicar el Número y la Unidad farmacéutica para la cantidad total del medicamento No UPC a prescribir.
- 33) Describir las Indicaciones/Recomendaciones para el paciente sobre el medicamento No UPC a prescribir.
- 34) El profesional de salud que realiza la atención al paciente debe firmar en este campo.

VI. PROCEDIMIENTOS

PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO UPC

- 35) Indicar el Código CUPS del procedimiento No UPC a prescribir.
- 36) Indicar el nombre del procedimiento No cubierto por el UPC a prescribir.
- 37) Indicar la cantidad a ser formulada para este procedimiento No UPC.
- 38) Indicar la frecuencia de uso en número y unidad de tiempo: *si selecciona única, NO debe diligenciar la duración del tratamiento.*
- Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única
- 39) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
- Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año
- 40) Indicar la cantidad total para el Procedimiento No UPC a prescribir.
- 41) Describir la Justificación No UPC para la prescripción del procedimiento No UPC.
- 42) Describir las Indicaciones/Recomendaciones para el paciente sobre el procedimiento No UPC a prescribir.
- 43) El profesional de salud que realiza la atención al paciente debe firmar en este campo.

VII. DISPOSITIVOS MEDICOS

Recuerde que todos los dispositivos médicos necesarios e insustituibles están incluidos en el procedimiento.

PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO NO UPC

- 44) Indicar el nombre del dispositivo médico No UPC a prescribir.
- 45) Indicar la cantidad a ser formulada para este dispositivo médico No UPC.
- 46) Indicar la frecuencia de uso en número y unidad de tiempo: *si selecciona única, NO debe diligenciar la duración del tratamiento.*
- Año - Mes(es) - Única
- 47) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
- Periodo: Año, Mes(es)
- 48) Indicar la cantidad total para el Dispositivo Médico No UPC a prescribir.
- 49) Describir la Justificación No UPC del dispositivo médico No UPC.
- 50) Describir las Indicaciones/Recomendaciones para el paciente sobre el Dispositivo Médico No UPC a prescribir.
- 51) El profesional de salud que realiza la atención al paciente debe firmar en este campo.

VIII. PRODUCTO PARA SOPORTE NUTRICIONAL

- 52) Indique si el paciente tiene uno o más de los siguientes diagnósticos y si es confirmado o no, en caso de no presentar ninguna de estas patologías, por favor continúe el diligenciamiento el formulario.
- Enfermedad Huérfana, Enfermedad Rara, Ultra-Huérfana y Olvidada - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio V

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO PARA SOPORTE NUTRICIONAL NO UPC

- 53) Indicar el código del tipo de producto para soporte nutricional de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos para soporte nutricional/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.
- 54) Indicar la descripción del producto para soporte nutricional, de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos para soporte nutricional/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.
- 55) Indicar la Forma del producto para soporte nutricional, de acuerdo con la clasificación en la tabla de productos para soporte nutricional/tablas de referencia del aplicativo MIPRES.
- 56) Indicar la Vía o Forma de administración del producto para soporte nutricional No UPC a prescribir.
- 57) Indicar el Número y la unidad de medida para la dosis del producto para soporte nutricional No UPC.
- 58) Indicar el Número y la unidad de tiempo para la frecuencia de administración del producto para soporte nutricional No UPC.
Unidad de Tiempo: Hora(s), Minuto(s).
- 59) Seleccione las indicaciones especiales para el producto para soporte nutricional No UPC a prescribir.
Administración en dosis única - Administrar en Bolo - Infusión continua - Sin indicación especial.
- 60) Indicar el Número y periodo para la duración del tratamiento para todos los tipos de ámbito de atención, se diligencia solamente la opción Día(s) y en el caso de los productos para soporte nutricional No UPC a nivel Domiciliario, se diligencia las opciones Día(s) o Mes(es).
Periodo: Día(s), Mes(es)
- 61) Indicar el Número y la presentación para la cantidad total del producto para soporte nutricional No UPC a prescribir.
- 62) Describir la Justificación No UPC para la prescripción del Producto para Soporte Nutricional No UPC.
- 63) Describir las Indicaciones/Recomendaciones para el paciente sobre el producto para soporte nutricional No UPC a prescribir.
- 64) El profesional de salud que realiza la atención al paciente debe firmar en este campo.

XI. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Recuerde, los servicios complementarios serán analizados por la junta de profesionales de la salud, a excepción de la prescripción de pañales inferior a 120 unidades/mes.

PRESCRIPCIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO NO UPC

- 65) Indicar el tipo de servicio complementario según la clasificación de la tabla de servicios complementarios publicada en las tablas de referencia del aplicativo MIPRES.
- 66) Indicar la descripción del servicio complementario No UPC a prescribir.
- 67) Indicar la cantidad a ser formulada para este servicio complementario No UPC.
- 68) Indicar la frecuencia de uso en Número (Cada) y Unidad de tiempo: *si selecciona única, NO debe diligenciar la duración del tratamiento.*
Minuto(s) - Hora(s) - Día(s) - Semana(s) - Mes(es) - Año - Única
- 69) Indicar la cantidad y el periodo para la duración del tratamiento.
Periodo: Minuto(s), Hora(s), Día(s), Semana(s), Mes(es), Año
- 70) Indicar la cantidad total para el Servicio Complementario No UPC a prescribir.
- 71) Describir la Justificación No UPC para la prescripción del Servicio Complementario No UPC.
- 72) Describir las Indicaciones/Recomendaciones para el paciente sobre el servicio complementario No UPC a prescribir.
- 73) El profesional de salud que realiza la atención al paciente debe firmar en este campo.

X. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

- 74) Indicar la fecha completa en la cual se realiza la transcripción en el aplicativo MIPRES V2.4, del formulario, incluir la hora.
- 75) Indicar el número de la prescripción que genera el aplicativo MIPRES V2.4 una vez finalizada la transcripción.
- 76) El profesional de salud que realiza la transcripción del formulario en el aplicativo MIPRES V2.4 debe firmar en este campo.