



**La salud
es de todos**

Minsalud

**Solicitud de información de los
servicios y tecnologías en salud de la
vigencia año 2021, a las Entidades
Promotoras de Salud de los
regímenes contributivo y subsidiado**

Periodicidad Mensual.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Bogotá, Diciembre de 2020



TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD	5
1. PROPÓSITO	6
2. ALCANCE	6
5. GLOSARIO	11
CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	19
1. Períodos para reportar la información.	20
CAPITULO 3: REPORTE DE INFORMACIÓN - ESTRUCTURA.....	21
1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	22
1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio.....	22
1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.....	22
1.3. Estructura del Contenido del Archivo.	24
1.3.1. Registro tipo 1 – Registro de control.....	25
1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran en servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	26
1.3.3. Registro tipo 3 - Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	32
1.3.4. Registro tipo 5 - Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC	41
1.3.5. Registro tipo 6 - Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC	47
1.3.6. Registro tipo 8 – Registro de detalle de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomia	66
1.4. ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ARCHIVOS PLANOS	71



1.4.1.	Registro control	71
1.4.2.	Valor, Valor Cuota Moderadora y Valor Copago	71
1.4.3.	Archivo Plano	71
1.4.4.	Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	72
1.4.5.	Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio.....	73
1.4.6.	Unidad de reporte según la forma farmacéutica:.....	74
1.4.7.	Forma de Registrar el valor de los Procedimientos, Medicamentos e Insumos según Contratación	74
1.5.	Actividades Diferenciales Indígenas.....	76
1.6.	Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.	77
1.7.	Reporte de Transporte en Zonas Dispersas	77
2.	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	80
3.	INFORMACIÓN A REPORTAR	81
3.	TABLAS DE REFERENCIA:.....	83
	CAPITULO 4: OFICIO REPORTE DE INFORMACION	84
1.	Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud	85
2.	COBERTURA DE INFORMACIÓN	87
3.	ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	89
	CAPITULO 5: DESCRIPCION DE GRUPOS DE CALIDADES	90
1.	GRUPO DE CALIDADES	91



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable a servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.....	8
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	72
Tabla 3 Códigos de reporte de actividades de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas	76
Tabla 4 Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.....	77
Tabla 5 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas.....	78



**La salud
es de todos**

Minsalud

CAPITULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD



1. PROPÓSITO

Con el propósito de formular las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud sobre ajuste a los servicios y tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC, aplicable a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento de las prestaciones de servicios y tecnologías en salud de los regímenes contributivo y subsidiado de la vigencia 2021.

2. ALCANCE

Objetivo general

Evaluar las frecuencias de uso y los costos de la prestación de servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Objetivos específicos

1. Determinar la morbilidad atendida en cada EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.
2. Determinar las frecuencias de uso de los Servicios y tecnologías en salud de la población afiliada a las EPS.
3. Construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos, pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información.
4. Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes en la financiación de los Servicios y tecnologías en Salud con cargo a la UPC.
5. Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC.



4. NORMATIVA

La Ley 100 de 1993¹, marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece entre otras cosas, que éste debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS.

Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe ser definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido del plan de beneficios POS según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.²

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

Esta última reiterada en la Resolución 5522 de 2013, Artículo 14, Resolución 5925 de 2014 Artículo 20, Resolución 5593 de 2015, Capítulo IV, Artículo 22, Resolución 6411 de 2016, Capítulo IV Reporte de información, Artículo 22 y Resolución 5268 de 2017, título III, Artículo 23. Resolución 5858 de 2018, Título III, Reporte de información, Artículo 18, Resolución 3513 de 2019, Título III, Reporte de información, Artículo 20 y el acto administrativo que corresponda para vigencia 2021: “*Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar —CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y los demás actores y agentes del Sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto*”.

¹ “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

² Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993 Artículos 156 y 162, publicada en el diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23, diciembre, 1993



Finalmente, en virtud del Decreto 1811 de 2017 en su Artículo 7. Identificación de diferenciales en salud para la población indígena. “El Ministerio de Salud y Protección Social para la definición del valor adicional de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), reconocida a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas EPSI por disposición de la Ley 691 de 2001, tendrá en cuenta la información que para el efecto reporte la Asociación Indígena del Cauca - EPSI como piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud para la población indígena, la cual se podrá reconocer a otras EPSI, previo reporte de la información que soporte dicho valor diferencial”.

Tabla 1 Normatividad aplicable a servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los Regímenes 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
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.
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 recibo 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.



La salud es de todos

Minsalud

Norma	Tema o asunto
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.
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	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.



Norma	Tema o asunto
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.
Resolución 1352 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS
Decreto 780 de 2016 Presidencia	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades
Resolución 5975 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2.
Resolución 6408 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 6411 de 2016 Minsalud	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 374 de 2017 Minsalud	Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 "Por la



Norma	Tema o asunto
	cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 1132 de 2017 Minsalud	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"
Resolución 5171 de 2017 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5268 de 2017 Minsalud	"Por la cual Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 5269 de 2017 Minsalud	"Por la cual Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 5857 de 2018 Minsalud	"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC))"
Resolución 5858 de 2018 Minsalud	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 3512 de 2019 Minsalud	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 3513 de 2019 Minsalud	Por la cual se fijan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020 y se dictan otras disposiciones

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

5. GLOSARIO³

- Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.
- Aparato Ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
- Atención ambulatoria:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la

³ Resolución 3512 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social.



atención, requiera más de 24 horas continuas. La atención ambulatoria, incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria, que de acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, de acuerdo con el servicio.

4. **Atención con internación:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención. La atención con internación, incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las modalidades de prestación de servicios intramural, extramural y telemedicina definidos en la norma de habilitación vigente. Para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
5. **Atención de urgencias:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
6. **Atención domiciliaria:** conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.
7. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.
8. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
9. **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.



10. **Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
11. **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
12. **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
13. **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
14. **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
15. **Consulta por otro profesional de salud:** es la valoración y orientación realizada por un profesional de salud, diferente al médico, odontólogo o psicólogo, y autorizado por las normas de talento humano para ejercer su oficio o profesión que consta de: anamnesis, evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como de definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, según el sitio de realización.
16. **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de



los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

17. **Dispensación.** Es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y, la importancia de la adherencia a la terapia.
18. **Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
 - Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
19. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un profesional en medicina.
20. **Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el



pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

21. **Establecimiento farmacéutico.** es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control y aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.
22. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
23. **Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
24. **Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
25. **Hospitalización parcial:** es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa
26. **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
27. **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
28. **Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
29. **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, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.



30. **Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.
31. **Metabolito activo:** sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.
32. **Mezcla Racémica:** es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple, entendido como un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d) si es hacia la derecha o "levo" (l) si es hacia la izquierda.
33. **Modalidades para la prestación de servicios de salud:** La modalidad es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.
34. **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
35. **Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
36. **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.
37. **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
38. **Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún



medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

39. **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
- 39.1. **La referencia** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.
- 39.2. **La contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
40. **Subgrupo de referencia:** agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.
41. **Tecnología en salud:** 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.
42. **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

IBNR: El IBNR (Incurred But Not Reported) o reserva de siniestros incurridos pero no reportados, se refiere al monto a causar por las atenciones ocurridas



**La salud
es de todos**

Minsalud

pero no reservadas al momento del estudio, e indica todas aquellas prestaciones cuyos montos no son conocidos ni registrados en base de datos.

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



**La salud
es de todos**

Minsalud

CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN



1. Períodos para reportar la información.

El reporte de información corresponderá a los servicios y tecnologías en salud prestados durante el período del **1 de enero al 31 de diciembre 2021**. El reporte se debe hacer de forma mensual 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>
2021-01-01	2021-01-31	Febrero 22 de 2021	Febrero 26 de 2021
2021-02-01	2021-02-28	Marzo 24 de 2021	Marzo 31 de 2021
2021-03-01	2021-03-31	Abril 23 de 2021	Abril 30 de 2021
2021-04-01	2021-04-30	Mayo 24 de 2021	Mayo 31 de 2021
2021-05-01	2021-05-31	Junio 23 de 2021	Junio 30 de 2021
2021-06-01	2021-06-30	Julio 24 de 2021	Julio 31 de 2021
2021-07-01	2021-07-31	Agosto 24 de 2021	Agosto 31 de 2021
2021-08-01	2021-08-31	Septiembre 23 de 2021	Septiembre 30 de 2021
2021-09-01	2021-09-30	Octubre 23 de 2021	Octubre 30 de 2021
2021-10-01	2021-10-31	Noviembre 23 de 2021	Noviembre 30 de 2021
2021-11-01	2021-11-30	Diciembre 24 de 2021	Diciembre 31 de 2021
2021-12-01	2021-12-31	Enero 24 de 2022	Enero 31 de 2022

Nota: De acuerdo con el flujo de la facturación, la información que completa los períodos anteriores se puede reportar en el mes siguiente.



**La salud
es de todos**

Minsalud

CAPITULO 3: REPORTE DE INFORMACIÓN - ESTRUCTURA



1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

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:

1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio

Información sobre todos los servicios y tecnologías en salud prestados a los afiliados a las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, del período del **1 de enero al 31 de diciembre de 2021**, en la estructura descrita a continuación:

1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.

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

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información: Registro de prestación de servicios.	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	RSUB	Información de los Regímenes contributivo y subsidiado	4	SI



La salud es de todos

Minsalud

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportante	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	R	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: C: Contributivo S: Subsidiado M: Movilidad al Subsidiado V: Movilidad al 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



Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

NOMBRE DEL ARCHIVO

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre Estudio de Suficiencia UPC	SUF140RSUBAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxxxR99.txt	39

1.3. Estructura del Contenido del Archivo.

El archivo de la información para el Estudio de Suficiencia está compuesto por los siguientes tipos de registros:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro Servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	Obligatorio



Registro	Descripción	Reporte
Tipo 5	Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en Salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en Salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 8	Registro de detalle Insumos y dispositivos médicos: lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	Obligatorio

1.3.1. 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 período de información reportada y a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
4	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Corresponde a la cantidad de registros que contenga el archivo.	SI



1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (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 CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia (Ver la tabla de referencia TipolDPNconMS en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Número de identificación de la persona que recibió el servicio. Con base en las indicaciones de la Resolución 4622 de 2016	
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. Corresponde al lugar de residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	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	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
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 procedimiento	8	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, Resolución que corresponda a vigencia 2021. Tabla de referencia CUPS 2021	SI
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
12	Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios pre establecido. 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</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>* Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</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> <p>Cuando no aplique registrar cero (0).</p>	SI
14	Valor del Procedimiento	10	N	Corresponde al valor del procedimiento realizado. Este	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.</p> <p>Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del procedimiento debe ser mayor a cero.</p>	
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. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico 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	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar 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



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
18	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.

1.3.3. Registro tipo 3 - Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)

Mediante el registro tipo 3, las EPS reportan el detalle de los medicamentos.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	
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. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, para el caso de medicamentos, debería ser por el cual se hace necesaria la formulación del medicamento. Ejemplo: Paciente con VIH que consulta por infección urinaria, le formulan ciprofloxacina; en este caso el Dx debería ser la infección urinaria, no el VIH.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				*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.	
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	15	A	<p>Todos los medicamentos incluidos en este tipo de reporte deben reportarse mediante su correspondiente Código Único de Medicamentos.</p> <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>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se trámító 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> <p>Para los 2 productos que se encuentran en la sección de "Varios" Resolución que corresponda a la vigencia 2021, en el anexo 1 de medicamentos financiados con recursos de la UPC los códigos a utilizar serán:</p> <p>a. FÓRMULA LÁCTEA POLVO CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE. El código a utilizar para el reporte será: V06C</p> <p>b. ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC Composición por gramo: Hierro: 12,5 mg como Hierro elemental, preferiblemente encapsulado como fumarato ferroso; Vitamina A (Retinol): 300 mcg; Zinc: 5 mg preferiblemente como Gluconato de Zinc. Adicionalmente puede contener otras vitaminas y minerales POLVO SEGÚN GUÍA OMS PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES. El código a utilizar para el reporte será: V06DX01</p> <p>MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND), FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC. Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM)</p> <p>Para el reporte de información para suficiencia en lo correspondiente a preparaciones magistrales (incluyendo las formulaciones extemporáneas) consideradas como financiadas con recursos de la UPC, se deben reportar los CUM, cantidades y valores de cada uno de los medicamentos utilizados en dicha fabricación. Los CUM reportados deben corresponder a</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				medicamentos financiados con recursos de la UPC.	
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	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.</p>	SI



La salud es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</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	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, Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</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
14	Días de tratamiento	3	N	<p>Expresado en días (completos).</p> <p>Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos. Si se prescribe por ejemplo un inhalador, los días de tratamiento deberán ser aquellos para los cuales prescribe el medicamento, de forma independiente a que pueda quedar un excedente de medicamento en dicha unidad mínima de dispensación.</p> <p>En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.</p>	SI
15	Valor del Medicamento	10	N	<p>Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al <u>valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo anterior</u>.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI
16	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros cuando no aplica, registrar cero (0).	
17	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
18	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
19	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

NOTA IMPORTANTE:

- **Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTO.**
- **El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**



1.3.4. Registro tipo 5 - Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	5: Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con recursos de la UPC	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 CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el procedimiento	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 procedimiento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	
7	Código Principal del Diagnóstico	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



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Fecha de prestación del Procedimiento NO financiado explícitamente con cargo a la UPC, y realizado con recursos de esta fuente de financiación	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo, diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI
10	Código del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	8	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, Resolución para vigencia 2021 Tabla de referencia CUPS 2021.	SI
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	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,</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</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</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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> <p>Cuando no aplique registrar cero (0).</p>	
14	Valor del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	10	N	<p>Corresponde al valor del Procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.</p> <p>Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del procedimiento debe ser mayor a cero.</p>	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. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	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 del Procedimiento contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	8	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS 2021.	SI
19	Valor del Procedimiento contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
20	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

NOTA IMPORTANTE:

- **Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.**
- **El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**



1.3.5. Registro tipo 6 - Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	6: Registro de detalle Artículo del acto administrativo correspondiente a la vigencia 2021 sobre el Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC	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 CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	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



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código Principal del Diagnóstico	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, para el caso de medicamentos, debería ser por el cual se hace necesaria la formulación del medicamento. Ejemplo: Paciente con VIH que consulta por infección urinaria, le formulan ciprofloxacina; en este caso el Dx debería ser la infección urinaria, no el VIH</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



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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 del Medicamento NO contenido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	15	A	<p>Todos los medicamentos no financiados explícitamente con recursos de la UPC que se incluyan en este tipo de reporte deben reportarse mediante su correspondiente Código Único de Medicamentos.</p> <p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se trámite la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p>	SI



La salud es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<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)</p> <p>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> <p>MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND), FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC.</p> <p>Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM)</p>	
11	Ámbito de prestación	1	A	<p>A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario</p>	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento NO contenido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	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</p>	SI



La salud es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad dispensada del medicamento NO contenido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo, si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.	SI
14	Días de tratamiento	3	N	<p>Expresado en días (completos).</p> <p>Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos. Si se prescribe por ejemplo un inhalador, los días de tratamiento deberán ser aquellos para los cuales prescribe el medicamento, de forma independiente a que pueda quedar un excedente de medicamento en dicha unidad mínima de dispensación.</p> <p>En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
15	Valor del medicamento incluido explícitamente en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	10	N	<p>Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo anterior.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI
16	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. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de medicamentos o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
17	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
18	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
19	Código de Medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	11	A	Código ATC tal y como aparece en la Resolución para la vigencia 2021 del medicamento incluido en servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC que	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>teóricamente se reemplazó con el medicamento NO incluido. Cuando aparecen varios códigos ATC en la resolución, deberá escoger el que corresponda al uso que se le dio al medicamento.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas según lo descrito en la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>a. "Acetaminofén incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de administración parenteral o formas farmacéuticas que modifiquen la liberación del principio activo. El código a reportar en este campo es: N02BE01</p> <p>b. Factor VIII de la coagulación incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas. El código a reportar en este campo es: B02BD02</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas, según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021:</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas" El código a reportar en este campo es: L04AB04</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y todas</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>o algunas formas farmacéuticas específicas, según Resolución para vigencia 2021</p> <p>e. TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas El código a reportar en este campo es: J01EE01</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>f. ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas Si se compara los medicamentos no incluidos en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) contra por ejemplo una Heparina de Bajo Peso molecular (HBPM). Esta HBPM se encuentra incluida en el subgrupo de referencia: con código ATC B01AB-GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS, sin embargo, debe reportarse el código ATC completo que identifica el principio activo que hace parte del subgrupo, es decir la HBPM específica.</p> <p>Los principios activos que conforman el subgrupo de referencia se pueden consultar por el código ATC en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</p> <p>Por ejemplo, si se trata de Enoxaparina el código a reportar en este campo debe ser: B01AB05</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p>	
20	Concentración del medicamento descrito Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (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 incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico (Tableta, cápsula, ampolla, vial) que se está reemplazando.</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 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>	SI



La salud es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en la Resolución que corresponda a la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento teórico que se reemplaza:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de administración parenteral o formas farmacéuticas que modifiquen la liberación del principio activo " Si se trata por ejemplo de una tableta de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: 500</p> <p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo que se habría utilizado pero ajustada por vial. Por ejemplo si requerían 950 U.I. y el vial es de 1.000 Unidades Internacionales se debe reportar 1.000 U.I teniendo en cuenta que no se puede dispensar una menor cantidad: El valor a reportar en este campo es: 1000</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021 Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: 40	
21	Unidad de concentración del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	<p>Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y 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.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</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 que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita la</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de administración parenteral o formas farmacéuticas que modifiquen la liberación del principio activo</p> <p>Si se trata de la misma tableta del ejemplo anterior, el valor a reportar en este campo es: <u>UC032</u> que corresponde a mg</p> <p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial.</p> <p>Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: <u>UC064</u> que corresponde a U.I. de factor VIII</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: <u>UC047</u> que corresponde a mg/0,8 mL</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en la Resolución que corresponda a la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>d. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". 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> <p>Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021:</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL. El valor a reportar en este campo es: UC043 que corresponde a mg/0,4 mL</p>	
22	Forma Farmacéutica del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la forma farmacéutica de los medicamentos descritos en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico, por ejemplo: polvo	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o alguna forma farmacéutica específica descrita en la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de administración parenteral o formas farmacéuticas que modifiquen la liberación del principio activo"</p> <p>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> <p>c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>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 pre llenada 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 la Resolución que corresponda a la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas.". Por ejemplo, si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE</p>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"</p> <p>Ejemplo 5. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de cobertura con o sin Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) según la Resolución que corresponda a la vigencia 2021</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa prellenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: <u>FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</u></p>	
23	Unidad de medida de la dispensación del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la unidad mínima de medida de los medicamentos incluidos en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y 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	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p>	
24	Cantidad teórica del Medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	3	N	<p>Reporte la cantidad teórica del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría utilizado en lugar del medicamento NO incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se dispensó con cargo a la UPC. Se debe reportar en unidades mínimas de dispensación que correspondan a las reportadas en el campo 21 y no en presentación comercial. Por ejemplo, si la presentación comercial es una caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales que se habría dispensado 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, Unidad de reporte según la forma farmacéutica</u>.</p> <p>El número de unidades teórico del medicamento financiado con</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				recursos de la UPC que se habría dispensado a los usuarios, siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
25	Valor del Medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)	10	N	<p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles ni decimales. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad teórica total reportada en el campo anterior.</p> <p>Este valor dependerá de los precios que maneje cada prestador de servicios o de los precios regulados en caso que el medicamento teórico se encuentre regulado por este régimen.</p> <p>NOTA: es un valor teórico que confirma la aplicación correcta del artículo de Reconocimiento de Servicios y Tecnologías en Salud no financiados explícitamente con recursos de la UPC para la vigencia 2021.</p> <p>Se debe evitar simplemente dejar el mismo valor que se reporta para el medicamento no incluido explícitamente en la financiación de recursos de la UPC, si no corresponde a tal valor.</p>	SI
26	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

NOTA IMPORTANTE:

- **Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOS.**



- El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.

1.3.6. Registro tipo 8 – Registro de detalle de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	8: Registro de Detalle de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	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 CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				*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.	
9	Fecha de entrega del insumo	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	Registro de Detalle de Insumos y dispositivos medico: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomia.	SI
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</p>	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>AI: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	



La salud es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud MÁxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
13	Cantidad	3	N	Número de Unidades entregadas	SI
14	Valor Insumo	10	N	Corresponde al valor del Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. 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)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario: cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica insumos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	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	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI



NOTA IMPORTANTE:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un **SOLO** tipo de registro. Los archivos combinados serán **DEVUELTOS**.
- El valor a reportar en el campo Valor Corresponde **SOLO** al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. **Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**

1.4. ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ARCHIVOS PLANOS

1.4.1. Registro control

Es importante tener en cuenta que el régimen relacionado en el nombre del archivo debe corresponder con el código asignado por la SNS, Resolución 3797 de 2014.

Ejemplo:

Nombre del archivo: SUF140RSUB20211231NI000800XXXXX0S01
Registro Control: 1;EPSS45;2021-01-01;2021-03-31;XXX

En este caso el archivo indica régimen Subsidiado y el código relacionado en el registro control es del mismo régimen.

1.4.2. Valor, Valor Cuota Moderadora y Valor Copago

El valor a reportar en el campo Valor Corresponde **SOLO** al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. **Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**

1.4.3. Archivo Plano

Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán **DEVUELTOS**.



1.4.4. Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio

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

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

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

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

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

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

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

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



CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 S 8125
Comunidad Indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
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: 080014I8125.
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

1.4.5. Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio

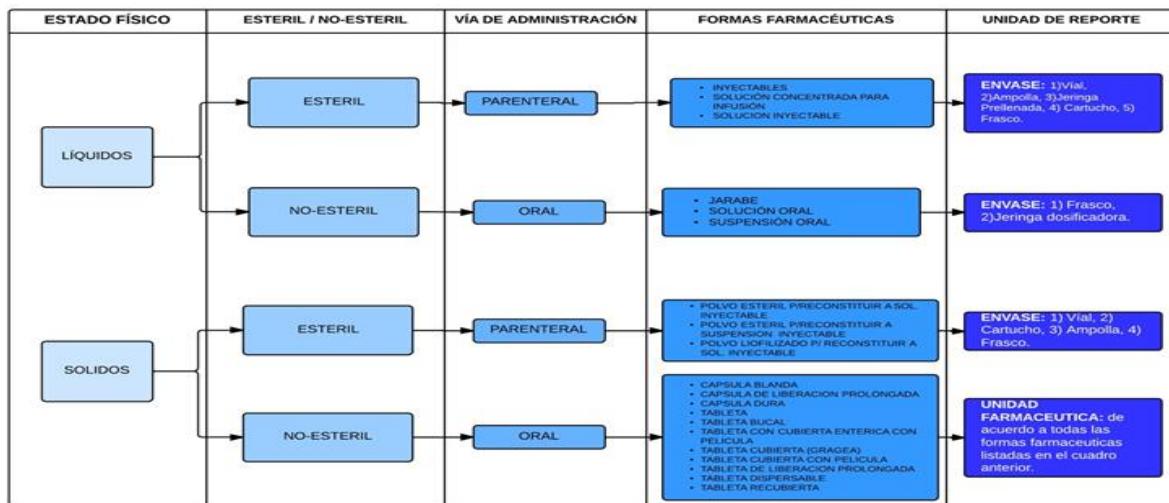
Las longitudes máximas según el tipo de documento:

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



1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica:

Ilustración N.1



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

1.4.7. Forma de Registrar el valor de los Procedimientos, Medicamentos e Insumos según Contratación

Pago por evento: Es el reconocimiento más desagregado por los procedimientos, medicamentos e insumos.

Registrar el valor individual reconocido por la aseguradora, por cada uno de los procedimientos, medicamentos e insumos.

En el caso de insumos registrar el valor agregado de los insumos suministrados para un mismo procedimiento.

En el caso de los procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de: Honorarios o servicios profesionales o valoraciones por médico general o especialista y derechos de sala de cirugía, parto y recuperación.

El valor de los laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos se deben registrar en el código correspondiente al procedimiento.



En los procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros.

En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales e insumos.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Es el reconocimiento por paquete o conjunto de atención de todo lo relacionado con los procedimientos, medicamentos e insumos, también incluye la atención de un paciente con un diagnóstico específico.

Registrar el valor total reconocido por la aseguradora por el conjunto integral de la atención, paquete o grupo relacionado por diagnóstico del procedimiento mayor; para el detalle del conjunto integral de la atención, paquete o grupo relacionado por diagnóstico el resto de procedimientos, medicamentos e insumos incluidos en el paquete debe diligenciarse, con la misma forma de reconocimiento con el valor cero (0).

Los procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador.

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

Registrar para cada una de los procedimientos prestados en la red propia el valor promedio calculado según número de actividades y procedimientos registrados.

Capitación: Es el reconocimiento de un valor fijo por afiliado registrado, sin tomar en consideración el número de servicios en un periodo.

Registrar cada uno de los servicios y tecnologías prestados a cada afiliado en el período capitado. Se debe reportar una valorización del servicio de acuerdo a las condiciones de contratación pactadas con la IPS.



1.5. Actividades Diferenciales Indígenas

Tabla 3 Códigos de reporte de actividades de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas

Código	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 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
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A:Ambulatorio	SI
12	Forma de Reconocimiento y Pago del Procedimiento	1	A	S: Pago por Servicio	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	0 (Cero)	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	0 (Cero)	SI



1.6. Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.

Tabla 4 Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.

Código	Descripción
D00001	Stent duodenal
D00002	Stent coronario recubierto o medicado
D00003	Stent coronario convencional o no recubierto
D00004	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina (kit completo)
D00041	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina (solo el glucómetro)
D00005	Tirillas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00006	Lancetas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00007	Kit de ostomía (completo)
D00071	Barrera Plana (galleta o caraña) Kit de ostomía
D00072	Barrera Convexa (galleta o caraña) Kit de ostomía
D00073	Bolsa de colostomía de Kit de ostomía
D00074	Bolsa de urostomia Kit de ostomía
D00075	Cemento (pegante o pasta) de Kit de ostomía
D00076	Gancho (pinza) de Kit de ostomía
D00077	Frasco de polvo de Kit de ostomía
D00078	Cinturón de Kit de ostomía
INSUMOS	INSUMOS
170100	Lentes
170200	Monturas

1.7. Reporte de Transporte en Zonas Dispersas

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



Tabla 5 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas

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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Estas actividades se deben reportan en la estructura definida en el numeral 1.3.2. Registro tipo 2, con las siguientes características:

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A:Ambulatorio	SI
12	Forma de Reconocimiento y Pago del Procedimiento	1	A	S: Pago por Servicio o Evento	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	0 (Cero)	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	0 (Cero)	SI



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.



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.

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_Ayuda.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.

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.

3. INFORMACIÓN A REPORTAR

Para el cumplimiento de los objetivos definidos, **se requiere información desagregada** de todas y cada una de los procedimientos, medicamentos e insumos realizados y entregados a los afiliados, es decir los beneficios en salud contemplados en cada uno de los regímenes.

Para ampliar la información que se debe reportar consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx> donde encontrará la Solicitud de Información y las tablas de Referencia. Se recomienda enviar archivos con máximo de 2.000.000 de registros para optimizar el transporte de la información.



**La salud
es de todos**

Minsalud

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, todos los procedimientos realizados, los medicamentos entregados, e insumos suministrados durante el año 2021.

La unidad de registro para el archivo del procedimiento realizado, 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 procedimiento o medicamento.



**La salud
es de todos**

Minsalud

3. TABLAS DE REFERENCIA:

Las tablas de referencia se encuentran dispuestas en la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

- Tablas División político administrativa DANE,
- Codificación CIE – 10,
- Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS,
- Tabla de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y
- Tabla de Códigos ATC, Formas Farmacéuticas, Unidad de Concentración, Unidad de Medida de Dispensación, Insumos.



**La salud
es de todos**

Minsalud

CAPITULO 4: OFICIO REPORTE DE INFORMACION



**La salud
es de todos**

Minsalud

1. Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud

Ciudad: _____, día ____ de mes _____ de 2021

Doctor

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Asunto: Remisión de información para el Estudio del Régimen Contributivo. Periodo: comprendido entre _____ y _____.

Régimen _____

Respetado doctor,

Por la presente relacionamos los archivos cargados en la plataforma PISIS:

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

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

CONTACTOS EN LA EPS:

Nombre Representante Legal: _____

Correo electrónico Representante Legal: _____

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

Nombre: _____

Cargo: _____



**La salud
es de todos**

Minsalud

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente,

**Firma y Nombre del representante
legal de la EPS**



2. COBERTURA DE INFORMACIÓN

Para poder garantizar confiabilidad y representatividad de los datos reportados 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 PERÍODO*	NOMBRE DE LA IPS QUE PRESTO LOS SERVICIOS EN EL PERÍODO	TIPO CONTRATACION** DE	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 período 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.



**La salud
es de todos**

Minsalud

*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

Para el formato de cobertura, se dispuso en la plataforma SIREPS, ESTUDIO VIGENCIA 2021, opción 3. Carga Formato Cobertura de la información.



3. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC

1. Para prestadores que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se debe conformar el código así:
 - a) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones ni digito de verificación anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador 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 **C**79380644

La EPS debe reportar en la hoja de **Excel** suministrada en Tablas de referencia, la siguiente información: **CODIGO EPS, NIT/CC, # NIT/CC, RAZON SOCIAL, DEPARTAMENTO_MUNICIPIO, CORREO ELECTRÓNICO, DIRECCIÓN, TELÉFONO** y **DESCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR**, de los prestadores que haya reportado con **N** y **C**. Esta información será validada en su completitud, todos los campos son obligatorios, es decir no se admiten campos vacíos. De encontrar inconsistencias se informará a la EPS para su revisión y aclaración.

EPS	NUM_NIT/CC	RAZÓN SOCIAL	DPTO. MUNICIPIO	EMAIL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	DESCRIPCIÓN PROVEEDOR
EPS123	N8160001XXX	JUANITA XXXX	05001	juanita@hotmail.com	DG 45 35 60	3485697	PRÓTESIS DENTAL

Para cargar este archivo, se dispuso en la plataforma SIREPS, ESTUDIO VIGENCIA 2021, en la opción 2. Carga REPS.



La salud
es de todos

Minsalud

CAPITULO 5: DESCRIPCION DE GRUPOS DE CALIDADES



1. GRUPO DE CALIDADES

Grupo de calidad 1 – Estructura: verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.

Grupo de calidad 2 – Contenido: revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.

Grupo de calidad 3 – Cruzada: cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia:

- Valor soportado en servicios debe mayor a cero
- Tabla CIE-10 con edad y sexo
- Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario días de estancia.
- Tabla CUM con cobertura
- Tabla de Prestadores reportados con N o C

Grupo de calidad 4 - Personas: verifica por persona (tipo y número de identificación)

- Derechos de los usuarios. Régimen Contributivo contra la base de compensación 4023 y para el régimen subsidiado contra la Liquidación Mensual de Afiliados.
- Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.
- Cantidad de actividades realizadas por año.
- Valor reportado de consumo año.
- Puerta de entrada dispensación de medicamentos.
- Puerta de entrada dispensación de insumos o dispositivos.
- Usuario con reporte de sexo diferente al que registra la BDUA.
- Usuario con reporte de fecha de nacimiento diferente al que registra la BDUA.



Grupo de calidad 5 - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación:

- Durante el día
- Durante el mes
- Durante el año
- En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.

Grupo de calidad 7 - Dosis Máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.

Grupo de calidad 9 - Cruce CUPS con CIE-10. Verificación de la correspondencia del Procedimiento con el Diagnóstico.