



La salud
es de todos

Minsalud

Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud año 2023. ■

PERIODO DE ESTUDIO 2021

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Bogotá, diciembre de 2021



TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD	5
1. PROPÓSITO	6
2. ALCANCE.....	6
3. NORMATIVA.....	7
4. GLOSARIO.....	12
CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN.....	20
1. Períodos para reportar la información.....	21
CAPITULO 3: REPORTE DE INFORMACIÓN - ESTRUCTURA	23
1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN.....	24
1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio.....	24
1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.....	24
1.3. Estructura del Contenido del Archivo.	26
1.3.1. Registro tipo 1 – Registro de control.....	26
1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).....	28
1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	34
1.3.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, Reconocimiento de servicios y tecnologías (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	43
1.3.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	48
1.3.6. Registro tipo 7 – Registro de detalle con la información IBNR	68
1.3.7. 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	73
1.4. ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ARCHIVOS PLANOS	78
1.4.1. Registro control.....	78
1.4.2. Valor, Valor Cuota Moderadora y Valor Copago.....	78



1.4.3.	Archivo Plano	78
1.4.4.	Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	79
1.4.5.	Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio.....	80
1.4.6.	Unidad de reporte según la forma farmacéutica:	81
1.4.7.	Forma de Registrar el valor de los Procedimientos, Medicamentos insumos y Dispositivos médicos según Contratación	81
1.5.	Actividades Diferenciales Indígenas	83
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.	84
1.7.	Reporte de Transporte en Zonas Dispersas	85
2.	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	87
3.	INFORMACIÓN A REPORTAR	88
5.	TABLAS DE REFERENCIA:	90
CAPITULO 4: SIREPS		91
REPORTE DE INFORMACION FINANCIERA		91
CERTIFICACION DEL COSTO Y FORMATO DE COBERTURA		91
1.	Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud 92	
2.	COBERTURA DE INFORMACIÓN	94
3.	Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud reportados por la EPS al Ministerio de Salud y Protección Social en el período comprendido entre enero 1 a diciembre 31 de 2021. 95	
4.	ARCHIVO COMPRIMIDO CON EL SOPORTE DOCUMENTAL DE FORMATO DE COBERTURA Y DECLARACION DEL COSTO	96
4.1	ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS COMPRIMIDOS.	96
4.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS.....	97
5.	ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC.....	99
CAPITULO 5: DESCRIPCION DE GRUPOS DE CALIDADES		100
1.	GRUPO DE CALIDADES	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable a servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (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	80
Tabla 3 Códigos de reporte de actividades de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas	83
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.....	84
Tabla 5 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas.....	85



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 Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), aplicable a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación, el Ministerio de Salud y Protección Social continuará realizando el estudio de la suficiencia de la UPC, con base en información recopilada en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los dos regímenes.

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

2. ALCANCE

Objetivo general

Establecer la información sobre las prestaciones de servicios en salud realizadas a la población afiliada a las EPS en el SGSSS, que servirá como insumo para determinar las frecuencias y los costos de los servicios y establecer la suficiencia de la UPC para financiar los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Objetivos específicos

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



2. Determinar las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información.
4. Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.
5. Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3. NORMATIVA

La Ley 100 de 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, en su momento; ahora financiación con recursos de la UPC), 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 servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), 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*

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

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, Resolución 5268 de 2017, título III, Artículo 23, Resolución 5858 de 2018, Título III, Artículo 18. Resolución 3513, Título III, Reporte de información, Artículo 20. Resolución 2503, Título III, Reporte de información, Artículo 19 *“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 de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable y 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.”*

Tabla 1 Normatividad aplicable a servicios y tecnologías en 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 recobro de la EPS al FOSYGA
Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22)	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Ley 1122 de 2007	Reduce Periodo Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Acuerdo 365 de 2007	Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos
Ley 1122 de 2007	Exime de copago a afiliados en Régimen Subsidiado con clasificación SISBEN 1



Norma	Tema o asunto
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 255 de 2007	Por la cual se adopta el Código Único Nacional de Medicamentos, CUM.
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 009 de 2009 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 012 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capacitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud mediante la unificación de los Planes de Beneficio de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 013 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 019 de 2010 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 de 2011 de la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 028 de 2011 de la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
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



Norma				Tema o asunto
Resolución Minsalud	78 de 2013	de	2013	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 Minsalud	5521 de 2013	de	2013	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución Minsalud	5522 de 2013	de	2013	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 Minsalud	1952 de 2014	de	2014	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 Minsalud	2739 de 2014	de	2014	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 Minsalud	5729 de 2014	de	2014	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 Minsalud	5925 de 2014	de	2014	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 Minsalud	5926 de 2014	de	2014	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.
Resolución Minsalud	5968 de 2014	de	2014	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 Minsalud	4678 de 2015	de	2015	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución Minsalud	5592 de 2015	de	2015	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 Minsalud	5593 de 2015	de	2015	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 Minsalud	1352 de 2016	de	2016	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 Presidencia	780 de 2016	de	2016	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 Minsalud	5975 de 2016	de	2016	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 Minsalud	6408 de 2016	de	2016	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución Minsalud	6411 de 2016	de	2016	“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



Norma				Tema o asunto
				Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"
Resolución Minsalud	374	de	2017	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 cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución Minsalud	1132	de	2017	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"
Resolución Minsalud	5171	de	2017	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución Minsalud	5268	de	2017	"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 Minsalud	5269	de	2017	"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 Minsalud	5858	de	2018	"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 2019 y se dictan otras disposiciones"
Resolución Minsalud	5857	de	2018	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 3311 de 2018				Por la cual se define el estándar de datos de medicamentos de uso humano en Colombia y se dictan otras disposiciones,
Resolución Minsalud	2481	de	2020	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución Minsalud	3513	de	2019	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
Resolución Minsalud	2481	de	2020	Por la cual se fija el valor 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 2021 y se dictan otras disposiciones
Resolución Minsalud	2503	de	2020	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 2238 de 2020				Por la cual se actualiza la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 126 de 2021				Por la cual se modifica la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de incluir el procedimiento de administración de la vacuna contra el SARS CoV 2 [COVID-19]

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



4. GLOSARIO³

1. **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.
2. **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.
3. **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 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 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

³ Resolución 2481 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social.



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. **Atención en salud:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.
8. **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.
9. **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.
10. **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
11. **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.
12. **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
13. **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 conforme con el sitio de realización.

14. **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, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
15. **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.
16. **Consulta por otro profesional de salud:** 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, conforme con el sitio de realización.
17. **Cuidados Paliativos:** son los cuidados pertinentes para la atención en salud del 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 atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
18. **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.

19. Dispositivo médico para uso humano: cualquier instrumento, insumo, 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:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

20. 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.

21. 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.

22. 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.



23. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
24. **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.
25. **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.
26. **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
27. **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
28. **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
29. **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 dispositivos médicos empleados.
30. **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.
31. **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.



32. **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.
33. **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.
34. **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.
35. **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
36. **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.
37. **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.
38. **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
39. **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.

40. 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.

40.1. 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.

40.2. 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.

41. 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.

42. Tecnología en salud: Actividades, intervenciones, dispositivos médicos, 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.

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

IBNER: EI 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.

CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

1. Períodos para reportar la información.

El reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante el período del **1 de enero al 31 de diciembre 2021**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre.

Para el caso del IBNR el reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante el período del 1 de enero de 2009 a 31 de diciembre de 2021 independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es **a marzo 31 de 2022.**

Para el envío de información el ministerio ha dispuesto dos (2) plataformas:

PISIS: A través de esta plataforma deberá enviar los archivos planos por cada tipo de registro y estará habilitada desde **el 1 al 15 de mayo de 2022**. La fecha de corte de la facturación es a **marzo 31 de 2022**.

SIREPS: A través de esta plataforma deberá enviar la información de prestadores que no se encuentren en REPS y diligenciar el formato de cobertura y generar el certificado del costo. Aquí podrá generar el certificado del costo definitivo, el cual debe firmar el representante legal y el revisor fiscal. Esta plataforma se habilitará en dos fechas:

- **Del 1 de mayo al 15 de mayo:** carga de prestadores que no se encuentran en REPS.
- **Del 20 de mayo al 31 de mayo:** diligenciamiento y generación del formato de cobertura y certificado del costo. Recuerde que estos documentos deben ser enviados a través de la plataforma PISIS.

RETROALIMENTACIÓN: El ministerio enviará a las EPS los resultados del proceso de validación de la información que fue cargada el 15 de mayo a través de la plataforma **SIREPS** para realizar los ajustes y las justificaciones el **día 31 de mayo de 2022**. Así mismo, enviara el instructivo para realizar el proceso de retroalimentación.

ENVÍO DE LA RESPUESTA A LA RETROALIMENTACIÓN: Del 1 al 15 de junio de 2022. Las EPS deberán enviar los archivos planos y las justificaciones correspondientes a cada grupo de calidad a través de la plataforma SIREPS. Recuerde que no puede enviar información adicional a la retroalimentada.



Recuerde que solo se aceptará la información retroalimentada por **SIREPS**, es decir **no podrá enviar información adicional**, los registros que no tengan justificación se entenderá que **no son válidos**.

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 2022**, 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	ESUF	Información para el Estudio de Suficiencia UPC	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI



Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportante	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	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
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	SUF140ESUFAAAAMMDDNI xxxxxxxxxxxxR99.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 en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	Obligatorio
Tipo 5	Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 7	Registro de detalle con la información IBNR	Obligatorio
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	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 periodo de información reportada y a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
4	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Corresponde a la cantidad de registros que contenga el archivo.	SI

1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). 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	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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 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 Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo, diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI
10	Código del procedimiento	8	A	<u>Procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es la definida por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, definida mediante la Resolución 2238 de 2020 y la Resolución 126 de 2021. Tabla de referencia CUPS 2021 dispuesta en el link de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el link de tablas de referencia – Vigencia 2021.	SI
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento	1	A	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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, dispositivos médicos 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, dispositivos médicos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * Según Decreto 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	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2022-03-31. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Número de días estancia	3	N	<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. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
14	Valor del Procedimiento	10	N	Corresponde al valor del procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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, se debe 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
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.**



- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación 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 del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, para el caso de medicamentos es el DX 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. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.	SI
10	Código de Medicamento dispensado	15	A	Todos los medicamentos incluidos en este tipo de reporte deben reportarse mediante su correspondiente Código Único de Medicamentos. Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co. El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos. El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. <u>CÓDIGO PARA OTROS PRODUCTOS. Para los 2 productos que se encuentran en la SECCIÓN C. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS del anexo 1 de medicamentos financiados con recursos de la UPC en la Resolución 2481 de 2020 los códigos a utilizar serán:</u> a. FÓRMULA LÁCTEA POLVO CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE. El código a utilizar para el reporte será: V06C 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: V06DX <u>MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND),</u>	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<u>FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC.</u> Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM) <u>PREPARACIONES MAGISTRALES.</u> En 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 medicamentos financiados con recursos de la UPC.	
11	Ámbito de prestación del Medicamento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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, dispositivos médicos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * Según Decreto 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. A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2022-03-31. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
13	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial. Por ejemplo en la dispensación o administración de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas dispensadas independientemente del tamaño o cantidad de la caja. Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1</u> <u>Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6.</u> <u>Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</u> <u>Número de unidades de la forma farmacéutica dispensadas o administradas a los usuarios.</u> En los registros de medicamentos y este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	SI
14	Días de tratamiento	3	N	Expresado en <u>días</u> (completos). Corresponde al número de <u>días</u> 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 <u>días</u> es decir que si se	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				prescriben 5 dosis cada 6 horas (30 horas en total de tratamiento) 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. 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. NO SE DEBEN REPORTAR MESES. Cuando la prescripción se realiza para 1, 2, 3 o más meses el número a reportar será en los días equivalentes a esos meses de tratamiento, es decir, será 30, 60, 90 días etc.	
15	Valor del Medicamento	10	N	Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. 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.	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 órdenes de medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				usuario en uno solo de los registros y cuando no aplica se debe 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 **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.**
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

**1.3.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, Reconocimiento de servicios y tecnologías (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: Indica que el registro es de Procedimientos Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020.	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 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, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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.	
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de prestación del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC.	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	<u>Procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es la definida por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, definida mediante la Resolución	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				2238 de 2020 y la Resolución 126 de 2021. Resolución 2481 de 2020	
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	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	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos 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, dispositivos médicos 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	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * 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. A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte del periodo a reportar. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Número de días estancia	3	N	<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. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
14	Valor del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud	10	N	Corresponde al valor del Procedimiento realizado. Este valor	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	financiados con recursos de la UPC			NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Se debe reportar sin decimales.	
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 se debe 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	Código del Procedimiento contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	8	A	<u>Procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es la definida por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, definida mediante la Resolución 2238 de 2020 y la Resolución 126 de 2021. 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 se debe registrar cero (0).	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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, realizado. **Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

1.3.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020, 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: Indica que el registro es de Medicamentos Artículo 129 Resolución 2481 de 2020.	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	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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, 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.	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	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.	SI
10	Código del Medicamento NO contenido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	15	A	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.	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co. El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos. El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima es de 12 caracteres. Ejemplo: 20059967-115 En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres) El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo. MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND),	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM)	
11	Ámbito de suministro del Medicamento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	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	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. ** Según Decreto 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. A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2022-03-31. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad 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 en la dispensación o administración de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				deberá reportar el número de tabletas dispensadas independientemente del tamaño o cantidad de la caja. Ver Aclaración en la ilustración No. 1 Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6.Unidad de reporte según la forma farmacéutica. Número de unidades de la forma farmacéutica dispensadas o administradas a los usuarios. En los registros de medicamentos y ste campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
14	Días de tratamiento	3	N	Expresado en días (completos). 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 5 dosis cada 6 horas (30 horas en total de tratamiento) 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. 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. NO SE DEBEN REPORTAR MESES. Cuando la prescripción se	Si



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				realiza para 1, 2, 3 o más meses el número a reportar será en los días equivalentes a esos meses de tratamiento, es decir, será <u>30, 60, 90 días</u> etc.	
15	Valor del medicamento incluido explícitamente en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC	10	N	Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. 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</u> en el campo anterior.	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



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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 la Resolución 3512 del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que 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. Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas según lo descrito en la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: 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 b. Factor VIII de la coagulación incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas. El código a reportar en este campo es: B02BD02 Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas, según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas" El código a reportar en este campo es: L04AB04	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas específicas, según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: e. TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas El código a reportar en este campo es: J01EE01 Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: 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. Los códigos ATC de los principios activos que conforman el subgrupo de referencia se pueden consultar por el código ATC del subgrupo de referencia en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ Para el caso del ejemplo, si se trata de Enoxaparina, aunque se	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				encuentre descrita en la Resolución 2481 de 2020 bajo el código B01AB que describe el subgrupo de referencia de las heparinas, monofármacos; el código a reportar en este campo debe ser: B01AB05 que identifica específicamente a la enoxaparina.	
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	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. En el caso de combinaciones a dosis fijas de principios activos en un mismo medicamento se debe escribir la cantidad de cada uno de los principios activos según la unidad de concentración que corresponda con la descrita en el campo Forma Farmacéutica, separada de un signo (+) en cada concentración de principio activo. Recuerde expresar la concentración en la mínima unidad de medida, es decir que, si el medicamento comercialmente se presenta como 300 mg/3 mL, equivale a 100 mg/mL. PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" Y PARA "SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL" LA CONCENTRACIÓN SE DEBE EXPRESAR COMO "1" Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita	Si



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				en la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento teórico que se reemplaza: 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 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 Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: 40	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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	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 dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia – Vigencia 2021. 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. PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" LA UNIDAD DE CONCENTRACIÓN SERÁ UC131 "MULTIVITAMINAS" Y PARA LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL SERÁ LA UC130 "FÓRMULA OMS" Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita la específica descrita en la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas	Si



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				farmacéuticas de administración parenteral o formas farmacéuticas que modifiquen la liberación del principio activo Si se trata de la misma tableta del ejemplo anterior, el valor a reportar en este campo es: UC032 que corresponde a mg 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. Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: UC064 que corresponde a U.I. de factor VIII Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: 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: El valor a reportar en este campo es: UC047 que corresponde a mg/0,8 mL Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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). Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: 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	
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 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, dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia – Vigencia 2021. Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta	Si



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o alguna forma farmacéutica específica descrita en Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: 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 un comprimido de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco (incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)" c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO 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. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: FF038 que corresponde a "POLVO ESTERIL PARA INYECCIÓN" Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021:	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Se debe especificar la forma farmacéutica del medicamento dispensado: 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" Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado: 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. 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)" Ejemplo 5. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de cobertura con o sin Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) según Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa prellenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL. El valor a reportar en este campo es: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"	
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 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 dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia – Vigencia 2021. 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.	SI
24	Cantidad teórica del Medicamento descrito en Servicios y tecnologías en	3	N	Reporte la cantidad teórica del medicamento incluido en los	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación)			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 23 y no en presentación comercial. Por ejemplo, en la dispensación o administración teórica de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales que se dispensaría o administraría independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas que se dispensarían teóricamente independientemente del tamaño o cantidad de la caja. Ver Aclaración en la ilustración No. 1 Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica. El número de unidades teórico del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría dispensado a los usuarios, siempre debe estar	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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	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. 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. NOTA: es un valor teórico que confirma la aplicación correcta del artículo 129 de la Resolución 2481 de 2020 para la vigencia 2021: "Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC." <u>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.</u>	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.**



- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

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

Es el reporte de los pagos realizados por las prestaciones de servicios en salud de los años 2009 al 2020.

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	7: Indica que el registro es de IBNR	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación 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
4	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Fecha de pago del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
6	Valor Pagado	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. En caso de reintegros estos deben aparecer en valor negativo	SI
7	Numero de Factura	15	A	Corresponde a la factura soporte de este pago.	SI



No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Forma de reconocimiento del procedimiento, medicamento, insumo	1	A	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos 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, dispositivos médicos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * Según Decreto 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	SI



No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	

NOTA IMPORTANTE:

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

Ejemplos de casos para el reporte de la información para el IBNR**Ejemplo 1**

El día 10 de abril de 2010 el paciente Juan Fernández identificado con cédula de ciudadanía 12345678 de la ciudad de Bogotá es atendido en la IPS A para un procedimiento de Urgencias dada una fractura en su brazo. La EPSXX tiene un contrato por evento con la IPS A. El día 25 de abril la IPS mediante factura 000001 solicita a la EPS el pago del reconocimiento por cuenta de esta atención y su convenio mediante una factura discriminada en 10 procedimientos por un monto de \$758.325. La EPSXX revisa esta información y encuentra que \$58.325 no corresponden a procedimientos asociados con el diagnóstico asociado por lo que glosa esta factura el día 10 de mayo de 2010. En respuesta la IPS hace llegar la factura 000002 la cual cuenta con 9 procedimientos por un monto de \$700.000 y la factura 000003 por un monto de \$58.325 la cual acompaña con un oficio en donde sustenta la realización del procedimiento. La EPS XX paga en el día 20 de mayo de 2010 la factura 000002 y el día 25 de julio de 2010 luego de un proceso de conciliación de facturas con la IPS cancela \$58.325 de la factura 000003.

Se debe reportar así:

Tipo_Registro	Consecutivo	Tipo_ID	Numero_ID	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
7	1	CC	1234567	2010-04-10	2010-05-20	700000	2	S
7	2	CC	1234567	2010-04-10	2010-05-20	58325	3	S

Ejemplo 2

Suponga que en el ejemplo 1 el contrato que se tiene es Per cápita en donde se paga por esta atención un costo fijo de \$500.000. El día 25 de abril la IPS mediante factura 000001 solicita el pago de las atenciones hechas a 8 pacientes en una única factura según se presenta a continuación:



Identificación	Fecha de atención	Valor
CC1234567	2010-04-10	500,000
CC234567	2010-04-09	500,000
CC34567	2010-04-11	500,000
CC4567	2010-04-01	500,000
CC7654321	2010-03-30	500,000
CC654321	2010-04-12	500,000
CC54321	2010-04-11	500,000
CC4321	2010-04-10	500,000
TOTAL		4,000,000

Esta factura es cancelada el día 10 de mayo con un único pago de \$4.000.000
Se debe reportar así:

Tipo_Registro	Consecutivo	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
7	1	CC	1234567	2010-04-10	2010-05-10	500000	1	C
7	2	CC	234567	2010-04-09	2010-05-10	500000	1	C
7	3	CC	34567	2010-04-11	2010-05-10	500000	1	C
7	4	CC	4567	2010-04-01	2010-05-10	500000	1	C
7	5	CC	7654321	2010-03-30	2010-05-10	500000	1	C
7	6	CC	654321	2010-04-12	2010-05-10	500000	1	C
7	7	CC	54321	2010-04-11	2010-05-10	500000	1	C
7	8	CC	4321	2010-04-10	2010-05-10	500000	1	C

Ejemplo 3

Suponga que en el ejemplo 1 la factura 000003 no ha podido ser conciliada a la fecha de corte.

Se debe reportar así:

Tipo_Registro	Consecutivo	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
7	1	CC	1234567	10/04/2010	2010-05-20	700000	2	S

Ejemplo 4

Suponga que en el ejemplo 3, la factura se paga en dos contados el primero el día 10 de mayo de 2010 por un monto de \$2.000.000 y el segundo por un monto de \$2.000.000 el día 10 de julio de 2010.

Se debe reportar así:



Tipo_Registro	Consecutivo	Tipo_ID	ID_Numer	Fecha_Prestacion	Fecha_Pago	Valor_pagado	Numero_factura	Forma_Reconocimiento
7	1	CC	1234567	2010-04-10	2010-05-10	250000	1	C
7	2	CC	234567	2010-04-09	2010-05-10	250000	1	C
7	3	CC	34567	2010-04-11	2010-05-10	250000	1	C
7	4	CC	4567	2010-04-01	2010-05-10	250000	1	C
7	5	CC	7654321	2010-03-30	2010-05-10	250000	1	C
7	6	CC	654321	2010-04-12	2010-05-10	250000	1	C
7	7	CC	54321	2010-04-11	2010-05-10	250000	1	C
7	8	CC	4321	2010-04-10	2010-05-10	250000	1	C
7	9	CC	1234567	2010-04-10	2010-07-10	250000	1	C
7	10	CC	234567	2010-04-09	2010-07-10	250000	1	C
7	11	CC	34567	2010-04-11	2010-07-10	250000	1	C
7	12	CC	4567	2010-04-01	2010-07-10	250000	1	C
7	13	CC	7654321	2010-03-30	2010-07-10	250000	1	C
7	14	CC	654321	2010-04-12	2010-07-10	250000	1	C
7	15	CC	54321	2010-04-11	2010-07-10	250000	1	C
7	16	CC	4321	2010-04-10	2010-07-10	250000	1	C



1.3.7. 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
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 de Político Administrativa de Colombia	SI



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



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				dispensación del dispositivo médico. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo, diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	
10	Código del insumo o dispositivo médico	8	A	Registro de Detalle del insumo o 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 de referencia dispositivos médicos dispuesta en el link de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el link de tablas de referencia – Vigencia 2021.	SI
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago	1	A	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumo, dispositivos médicos y	SI



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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, dispositivos médicos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * Según Decreto 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. A: Autorizado. Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2022-03-31. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	



No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
13	Cantidad	3	N	Número de Unidades entregadas	SI
14	Valor del insumo o dispositivo médico	10	N	Corresponde al valor del insumo o dispositivo médico entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.	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 dispositivos médicos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto o cuando no aplica, se debe 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.**
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

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: SUF140ESUF20211231NI000800XXXXX0C01
Registro Control: 1;EPS044;2021-01-01;2021-12-31;XXX

En este caso el archivo indica régimen Contributivo 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: 76001 I 8125
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 D 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 A 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014 I 8125.
Población indigente menor de edad que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001 D 0008

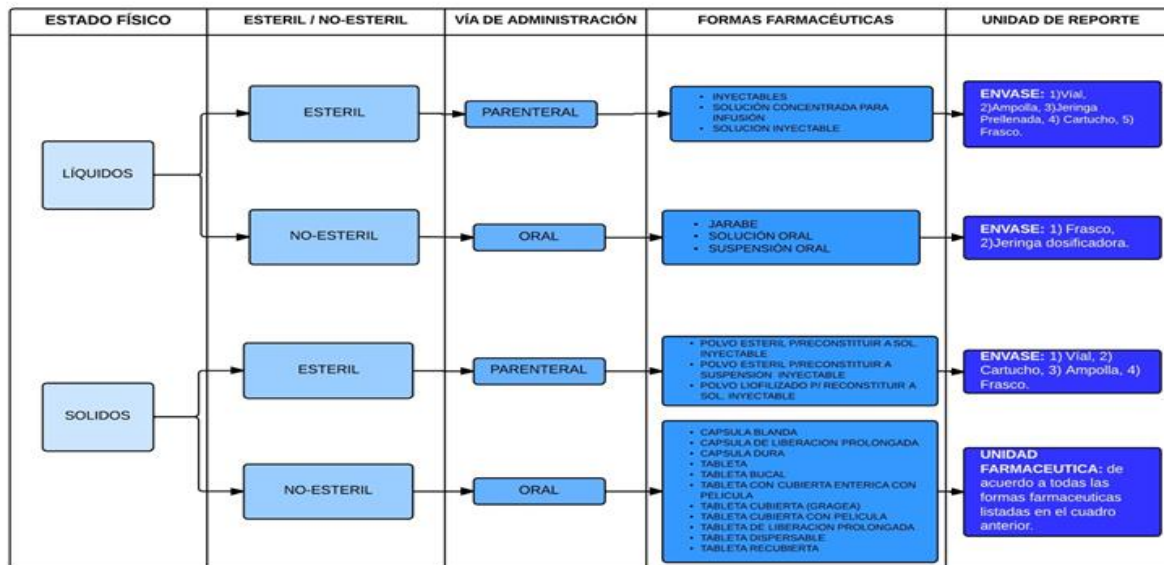
1.4.5. Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio

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 insumos y Dispositivos médicos según Contratación

Pago por evento: Es el reconocimiento más desagregado por los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

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

En el caso de dispositivos médicos registrar el valor agregado de los dispositivos médicos 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 dispositivos médicos.

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, insumos y dispositivos médicos, 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, insumos y dispositivos médicos incluidos en el paquete debe diligenciarse, con la misma forma de reconocimiento con el valor cero (0).

Los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos 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 y tarifas de contratación pactadas con la IPS.



1.5. Actividades Diferenciales Indígenas

Tabla 3 Códigos de reporte de actividades de los servicios y tecnologías en 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:

AJUSTAR CONFORME A LO CONVENIDO CON EPSI

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 C:Capita	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. El prestador debe estar identificado, en REPS como IPS indígena, en caso de los prestadores con N y C deber tener la identificación clara del servicio que presta, en caso de tener acuerdo con prestadores diferentes como ESE este acuerdo debe ser allegado al Ministerio.
2. Casa de paso debe tener valor en días de estancia mayor a cero

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 caraya) Kit de ostomía
D00072	Barrera Convexa (galleta o caraya) Kit de ostomía
D00073	Bolsa de colostomía de Kit de ostomía
D00074	Bolsa de urostomía 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
INSUMO	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
T34002	TRANSPORTE NO ASISTENCIAL ACUATICO EN ZONA DE DISPERSION
T34003	TRANSPORTE NO ASISTENCIAL AÉREO EN ZONA DE DISPERSION
T34004	TRANSPORTE NO ASISTENCIAL 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 dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Primero se registra o actualiza la entidad en el Sitio Web del SISPRO y luego se registran los usuarios de la entidad.

Registrar entidad:

<https://web.sispro.gov.co/Entidades/Cliente/VerificarEstadoRegistro>

Registrar usuarios institucionales: se pueden registrar en línea o mediante anexo técnico por PISIS.

Registro de usuarios institucionales en línea:

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

Registro de usuarios institucionales mediante Anexo Técnico SEG500USIN por PISIS:

El procedimiento se encuentra detallado en la Guía de Usuario de Seguridad en <https://web.sispro.gov.co>

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:

<https://www.sispro.gov.co/ayudas/Pages/Ayudas.aspx>

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

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

Tratamiento de la información.

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de la Ley 1712 de 2014, del capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 del 2015, y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

Seguridad de la información.

Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente.

3. INFORMACIÓN A REPORTAR

Para el cumplimiento de los objetivos definidos, **se requiere información desagregada** de todas y cada una de los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos realizados y entregados a los afiliados, es decir los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) 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.

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 dispensados o administrados, insumos y los dispositivos médicos suministrados durante el año 2022.

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, medicamento, insumo o dispositivo médico.

5. 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>

- Codificación CIE10,
- Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS
- Insumos y Dispositivos médicos
- Tabla de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y
- Formas Farmacéuticas, Unidad de Concentración, Unidad de Medida de Dispensación

CAPITULO 4: SIREPS

REPORTE DE INFORMACION FINANCIERA

CERTIFICACION DEL COSTO Y FORMATO DE COBERTURA

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

*****Este formato debe diligenciarse a través de la plataforma SIREPS.**

Ciudad: _____, día ____ de mes _____ de 2022

Doctora
Marcela Brun Vergara
 Directora de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Asunto: Remisión de información para el Estudio de Suficiencia Vigencia UPC 2023.

Régimen _____ (Una carta por c/ 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)

Nota: Fecha de corte de la facturación de prestadores es a marzo 31 de 2022.

Certifico que el costo total del periodo correspondiente entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

\$ _____

(C) Por capitación

\$ _____

(S) Por Servicio o Evento

\$ _____

(P) Por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por Diagnóstico

\$ _____

(I) Autorizado

\$ _____

(I) Pago Directo

\$ _____

Total



Adicionalmente, me permito certificar el COSTO total en servicios de salud en el período comprendido entre **1 de enero a 31 de diciembre de 2021** por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	VALOR
Póliza(s) de alto costo, adquirida(s) para reasegurar los siniestros por alto costo	
Reembolsos o pagos hechos a las EPS, por reclamación de los siniestros de alto costo	
CTC no reconocido*	
Tutelas no reconocido*	

* Los procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos que se suministraron a través de los CTC y las TUTELAS, y que fueron glosados de manera definitiva (total o parcialmente) por ADRES debido a que son considerados servicios contemplados en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y en consecuencia deben ir con cargo a la UPC.

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: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente,

Firma y Nombre del representante legal
de la EPS

Firma y Nombre Revisor Fiscal de la
EPS



2. COBERTURA DE INFORMACIÓN

Con el propósito de la revisión y ajuste, en lo que tiene que ver con la representatividad de la información enviada en los registros remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social, se hace necesario conocer la real cobertura de la información reportada por las EPS en registros de prestación de servicios.

Para esto se debe diligenciar el formato de cobertura en la plataforma SIREPS, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, con:

- El número de registros de prestación de servicios individuales que debían ser entregados por las IPS a la EPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales que se cargaron en la plataforma PISIS. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El valor declarado en la certificación del representante legal.
- El valor soportado en la base de datos de los registros enviados al Minsalud y que se cargaron en la plataforma PISIS.



3. Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud reportados por la EPS al Ministerio de Salud y Protección Social en el período comprendido entre enero 1 a diciembre 31 de 2021.

*****Este formato debe diligenciarse a través de la plataforma SIREPS.**

FORMATO DE COBERTURA DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPORTADOS POR LA EPS AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DEL PERIODO 1 DE ENERO A DICIEMBRE 31 DE 2021						
EPS:		REGIMEN :				
CÓDIGO:						
ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO DIRECTO(I)	PAGO POR CAPITALIZACIÓN (C)	AUTORIZACIONES (A)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que fueron cargados en la plataforma PSIS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que fueron cargados en la plataforma PSIS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
AMBULATORIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que fueron cargados en la plataforma PSIS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS					
	Número de registros de prestación de servicios individuales que fueron cargados en la plataforma PSIS					
	Valor Declarado					
	Valor soportado en Base de datos					
TOTAL	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS	0	0	0	0	0
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS	0	0	0	0	0
	Número de registros de prestación de servicios individuales que fueron cargados en la plataforma PSIS	0	0	0	0	0
	Valor Declarado	0	0	0	0	0
	Valor soportado en Base de datos	0	0	0	0	0

Atentamente,

Firma y Nombre del representante legal
de la EPS

Firma y Nombre Revisor Fiscal de la
EPS



4. ARCHIVO COMPRIMIDO CON EL SOPORTE DOCUMENTAL DE FORMATO DE COBERTURA Y DECLARACION DEL COSTO

Las EPS deben reportar a este Ministerio la compilación de los soportes documentales digitalizados de la información para el Estudio de Suficiencia UPC, por medio de un archivo comprimido, el cual contendrá la **Declaración del Costo y el Formato de Cobertura** digitalizados en formato PDF correspondientes al periodo de reporte y de acuerdo con la estructura y especificaciones técnicas definidas en este documento.

4.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS COMPRIMIDOS.

A continuación, se especifica el nombre de los archivos comprimidos que contienen los soportes documentales asociados a la entrega de información para el Estudio de Suficiencia UPC información 2021, es decir la imagen de los formatos firmados por el representante legal y el revisor fiscal.

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Obligatorio
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información en este Ministerio para REC: Reportes de Control	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información – EPS Entidades Promotoras de Salud	3	SI
Tema de información	S OCD	Soportes documentales digitalizados asociados	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del periodo de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Ejemplo, La fecha valida es 20211231.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXXXX	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la	12	SI



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

Nombre del archivo.

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo con soportes documentales digitalizados asociados a la información formato de cobertura y declaración del costo	SUF140SOCDAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxx.DAT	36

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS.

Especificación técnica de los archivos comprimidos.

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

Especificación técnica de los archivos de soportes documentales digitalizados

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



Estructura del nombre de los archivos de soportes documentales digitalizados.

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

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

Nombres de archivos de soportes documentales digitalizados

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

5. 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 dispositivos médicos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones ni dígito de verificación anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador N900092912

- b) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de dispositivos médicos, medicamentos, oxígeno y transportes con **Cédula** de Ciudadanía escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **C**.

Ejemplo: Fernando Briceño Rincón C.C. 79380644
Código Validador C79380644

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

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

Esta información debe diligenciarse en formato cvs o .txt. y debe ser cargado en la plataforma SIREPS, por la opción 3. Cargue de REPS.

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 dispositivos médicos.
- 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 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 Diagnostico. Cruce con CIE-10.