



Solicitud de Información a Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo.

Periodo Solicitado año 2024

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

Bogotá. febrero 2025



TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
1. PROPÓSITO.....	5
2. ALCANCE.....	5
3. NORMATIVA	5
Tabla 1 Normatividad aplicable al reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado con movilidad al contributivo.....	7
4. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	9
4.1 Información enviada por las EPS Y EA al Ministerio	9
4.1.1. Estructura y especificación del nombre de los archivos.....	9
NOMBRE DEL ARCHIVO	10
4.1.2. Contenido del archivo	10
4.2 ACLARACIONES PARA ALGUNOS CAMPOS	18
4.3 PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	19
Control de calidad de los datos.....	19
Mesa de ayuda.....	20
Tratamiento de la información.....	20
Seguridad de la información.....	20
4.4 PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.....	20
4.5 GRUPO DE CALIDADES.....	21
5. RETROALIMETACION	22
GRUPO DE CALIDADES.....	22

Estructura de Calidad Información 2024
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. Los dominios están definidos por las siguientes tablas: • Tipo de identificación • Tabla DIVPOLA • Tabla de tipo de Cotizante • Tabla CIE-10 • Tabla Prórroga • Tabla Tipo de identificación del empleador • Tabla de estado de la incapacidad • Tabla Tipo de pago • Tabla Tipo de Identificación del médico tratante • Tabla Registro Especial de Prestadores de Salud –REPS
Grupo de calidad 3 – Cruzada: cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia: • Tabla CIE-10 con edad y sexo • Cruce con la base RETHUS y Servicio Social Obligatorio. • Verificación de valores • Valor de la incapacidad pagada es inferior a un día de salario mínimo • El IBC Supera 25 salarios mínimos • El valor de la incapacidad supera 25 SMMLV
Grupo de calidad 4 -Personas: verifica en las personas: • Derechos de los usuarios. Cruce con la base de compensación 4023.
Grupo de calidad 5 – Duplicados: verifica las incapacidades por usuario y su duplicidad en el tiempo: • Duplicidad: se define un registro como duplicado cuando todos sus campos son iguales a otro registro.

.....	22
5.1 Disposición de archivos con inconsistencias (Minsalud).....	23
5.2 Respuesta a las inconsistencias (EPS Y EA)	23
5.3 Aspectos para tener en cuenta	26



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable al reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado con movilidad al contributivo- 5 -





1. PROPÓSITO

Fijar el porcentaje del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las diferentes Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Adaptadas - EA.

2. ALCANCE

Inicia desde la publicación de la Resolución que establece el porcentaje de IBC para la vigencia de 2024, hasta el reporte de información de incapacidades expedidas y pagadas en el año 2024.

3. NORMATIVA

La Ley 100 de 1993¹, creó el sistema de seguridad social integral definido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En el Libro Segundo, esta Ley contiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que contempla el modelo de aseguramiento mediante el cual a través de las EPS Y EA el Estado brinda dos tipos de prestaciones a sus afiliados, a saber:

i) asistencial, que consiste en la prestación a la población de los regímenes contributivo y subsidiado, a través de las EPS Y EA y su red de instituciones prestadoras de servicios de salud, de las coberturas de un Plan Obligatorio de Salud, garantizado con un valor *per cápita* o Unidad de Pago por Capitación – UPC, fijado anualmente por el organismo competente, que se financia con los aportes de los cotizantes y con los de las cajas de compensación familiar y otros de carácter público, de acuerdo con el régimen de afiliación²; ii) prestaciones económicas a los afiliados cotizantes del régimen contributivo, el SGSSS reconoce y paga por medio de las EPS Y EA incapacidades temporales por enfermedad general (riesgo común) y licencias de maternidad y paternidad, que se financian con los recursos de la seguridad social en salud que ingresan por los aportes de los afiliados al régimen contributivo³.

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

² de conformidad con el párrafo del artículo 7° de la Ley 1122 de 2007 al cual remite el párrafo del artículo 2° del Decreto 2562 de 2012, las decisiones referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso, serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

³ Las prestaciones económicas se reconocen sobre aportes sobre ingresos diferentes a los derivados de una pensión.



Del contexto anterior se entiende que las EPS Y EA del régimen contributivo, de una parte, prestan servicios asistenciales con cargo a los recursos que financian la UPC (aportes de los afiliados) y de otra, pagan las prestaciones económicas con recursos que, si bien provienen de la misma fuente, esto es, de la cotización, constituyen una asignación especial diferente a la que el SGSSS les reconoce por concepto de UPC para la prestación del Plan de Beneficios en Salud y su administración.

La actividad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de las prestaciones asistenciales y económicas, se ejerce en uso de las competencias otorgadas por el artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, numeral 36, adicionado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, para “definir el régimen que deberán aplicar las EPS Y EA para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo”.

De tales prestaciones económicas, la licencia de maternidad se paga a través de las EPS Y EA, según el fondeo hecho por la persona beneficiaria de la misma, cada vez que se origina un derecho y va con cargo con recursos de la cotización del régimen contributivo, hoy de manejo de la Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en salud – ADRES⁴.

La prestación económica de incapacidad por enfermedad general también se paga con los recursos de la cotización al régimen contributivo, en el porcentaje que define el Ministerio de Salud y Protección Social; se gira mensualmente a la EPS Y EA, independientemente de su causación o no en el período, por lo que corresponde a la EPS Y EA hacer la reserva correspondiente de modo que se preserve la garantía estatal de esta contingencia.

El manejo y la distribución responsable de los recursos destinados a la seguridad social en salud reviste gran importancia en términos de impacto fiscal, máxime en lo relativo a la prestación económica de incapacidad por enfermedad general o de origen común, que cobra mayor relevancia por el amparo que la Ley 1753 de 2015 ha extendido a los titulares del beneficio superando 540 días continuos (artículo 67,

primer literal a)⁵, y el alcance jurisprudencial de la Corte Constitucional (Ver Sentencias T-004/14, T-144/16 y T-401/17).

Por lo anterior, es necesario realizar un estudio del monto del Ingreso base de la Cotización al SGSSS para el pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común, que analice el comportamiento histórico que muestre el impacto del crecimiento del porcentaje del IBC destinado a la cobertura de las superiores a 540 días.

⁴ La ADRES fue creada por el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 para administrar los recursos definidos en el artículo 67 ib., conforme la aplicación específica allí consignada. (Decretos 1429 y 1432 de 2016)

⁵ En virtud de lo dispuesto en el segundo literal a) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los recursos que administra la ADRES, especificados en los primeros literales del mismo, se destinarán – entre otros – al reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los cuarenta (40) días continuos.

Este estudio, además, debe estar acorde con el criterio de sostenibilidad del que trata la Carta en el artículo. prestación económica y la afectación de valores pagados por ajuste al salario mínimo legal mensual vigente, en acatamiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia C – 543 de 2007; del mismo modo, de los alcances de la jurisprudencia de la misma corporación en torno a las incapacidades

Lo anterior también teniendo en cuenta que en el Decreto 2562 de 2012, en su artículo 7°. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Créase la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, la cual tendrá las siguientes funciones:

12. Proponer el régimen que deberán aplicar las EPS Y EA para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

13. Proponer la reglamentación relativa a las prestaciones económicas a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla 1 Normatividad aplicable al reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado con movilidad al contributivo.

Norma	Tema o asunto
Decreto 4107 de 2011 Presidencia	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
Decreto 2562 de 2012 Presidencia	Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
Resolución 4480 de 2012 de Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5522 de 2013 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5925 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
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

Norma	Tema o asunto
Resolución 6408 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 6411 de 2016 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5268 de 2017 Minsalud	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
Decreto 1333 de 2018 Presidencia	Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones
Resolución 5858 de 2018 Minsalud	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 3513 de 2019 Minsalud	Por la cual se fijan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020 y se dictan otras disposiciones
Resolución 741 de 2020 Minsalud	Por la cual se establece el reporte de información de las de incapacidades de origen común por enfermedad general incluidas las derivadas del diagnóstico confirmado por coronavirus COVID19.
Resolución 2503 de 2020 Minsalud	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 2381 de 2021 Minsalud	Por la cual se fija el valor anual 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 2022 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2809 de 2022 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiara los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones
Resolución 2364 de 2023 Minsalud	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 subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones
Resolución 2717 de 2024	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones



4. 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:

4.1 Información enviada por las EPS Y EA al Ministerio

Reporte de información sobre todas las incapacidades de origen común por enfermedad general, que hayan sido expedidas durante el año 2024 o pagadas durante la misma vigencia 2024, independiente del año de inicio de la incapacidad. Este reporte debe incluir las incapacidades que hayan sido reportadas trimestralmente durante el año 2024.

Adicionalmente, se solicitará de forma opcional y observacional, es decir que no afectará el cálculo del porcentaje de IBC, información relacionada con el concepto de rehabilitación y la calificación origen, lo cual incluye las incapacidades laborales.

4.1.1. Estructura y especificación del nombre de los archivos.

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

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	IEG	Identificador del módulo de información: Registro de incapacidades de origen común por enfermedad general	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS Y EA	3	SI
Tema de información	IEGC	Información para el cálculo de incapacidades a cargo del fondo de provisión de incapacidades	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
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 Y EA. Valores permitidos: C: Contributivo V: Movilidad del Subsidiado al Contributivo	1	SI
Consecutivo del número del archivo enviado	99	Corresponde al número de archivo que está enviando la EPS Y EA, 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 el cálculo para el pago de incapacidades que debe asumir el fondo de provisión de incapacidades.	IEG140IEG AAAAMDDNIxxxxxxxxxxxxR99.txt	39

4.1.2. Contenido del archivo

El archivo de la información para el cálculo de incapacidades a cargo del fondo de provisión de incapacidades está compuesto por un único registro de control (**Registro Tipo 1**) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios registros de detalle numerados a partir del (**Registro Tipo 2**) que contiene la información de la totalidad de las incapacidades causadas en el periodo reportado, solicitada así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle con las incapacidades causadas durante el periodo reportado.	Obligatorio

4.1.2.1 Registro tipo 1 – Registro de control.

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

No	Nombre del Campo	Longitud Máxima Del	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 Y EA	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

4.1.2.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle de incapacidades pagadas durante el período

Mediante el registro Tipo 2, las entidades reportan el detalle de la información de las incapacidades pagadas durante el período reportado.

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 Incapacidades.	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 con incapacidad	2	T	El tipo de documento de identificación de la persona con incapacidad de acuerdo con la siguiente codificación: TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático SC: Salvo conducto PT: Permiso Temporal de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de documento de identificación.	17	A	Número del documento de identificación de la persona con incapacidad que corresponda al tipo de documento de identificación, registrado en el campo No. 2.	SI
4	Serial BDUA	10	N	Número único asignado por la BDUA a cada afiliado	SI
5	Número de autorización de la incapacidad	15	A	Corresponde al número interno con el que la EPS Y EA autoriza la incapacidad reportada.	SI
6	Fecha de Nacimiento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
7	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Código Municipio		A	Corresponde al lugar de residencia de la persona a la cual se le presta el servicio. Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden al departamento y los tres (3) siguientes al municipio. (Ver la tabla de referencia Municipio en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SI
9	Tipo de cotizante	2	T	Solo Valido: 1, 2, 3, 4, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 51, 60, 63 (Ver la tabla de referencia TRVTipocotizante en web.sispro.gov.co , donde encontrara la descripción de los valores permitidos)	
10	Código del Diagnóstico	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 de la incapacidad. (Ver la tabla de referencia CIE10 en web.sispro.gov.co donde encontrará los valores permitidos, modificados, adicionados o que sustituyan los mencionados en este campo)	SI
11	Ingreso Base de Cotización	12	N	Corresponde al valor de IBC con el cual se pagó la incapacidad. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. El valor máximo no debe exceder los 25 SMMLV.	SI

12	Fecha de inicio de la incapacidad	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Corresponde al día 1 de la incapacidad. En ningún caso esta fecha podrá ser posterior a la fecha de terminación de la incapacidad.	SI
13	Fecha de terminación de la incapacidad	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Corresponde al último día de la incapacidad. Tenga en cuenta que la fecha final debe ser mayor o igual a la fecha inicial.	SI
14	Días totales de la incapacidad	3	N	Es el número de días de incapacidad según indicación médica, el cual corresponde a la diferencia entre la fecha final menos la fecha inicial más 1. Este valor no puede ser negativo, no cero. Debe ser menor o igual a 30. En caso que el médico hubiera ordenado más de 30 días, los días que exceden deben reportarse en otro registro, con el mismo número de autorización (campo 5)	SI
15	Incapacidad Inicial o prorrogada	1	N	Indicar si es inicial o prorrogada: 0: Inicial 1: Prorrogada En caso que sea prorrogada tenga en cuenta que el diagnóstico debe ser relacionado con el de la inicial.	SI
16	Días pagados por la EPS Y EA	3	N	Es el número de días de incapacidad reconocidos por la EPS Y EA.	SI
17	Días pagados por el empleador	3	N	Es el número de días de incapacidad reconocidos por el empleador.	SI
18	Días Acumulados	4	N	Sumatoria de días acumulados de incapacidad que constituyan prorrogada. Debe ser congruente con el reporte histórico que lleva la EPS Y EA.	SI

19	Tipo de identificación del empleador	2	T	<p>NI: NIT CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte TI: Tarjeta de Identidad PE: Permiso especial de permanencia PT: Permiso Temporal de permanencia</p>	SI
20	Número de identificación del empleador	17	A	Número de identificación del empleador	SI
21	Estado de la incapacidad	1	N	<p>Los estados válidos de las incapacidades son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagada (son las incapacidades que fueron pagadas por la EPS Y EA en el año 2024) 2. Glosada (Incapacidades con objeciones a las cuentas de cobro hechas en 2024) 3. En trámite (Incapacidades que fueron cobradas, pero no han sido pagadas a la fecha 31-12-2024 o las que están expedidas, pero no han sido cobradas). No se debe relacionar fechas de pago de 2024. 4. Asumida por el empleador. (Solo aplica para incapacidades iniciales de 1 y 2 días) 5. No reconocidas. Corresponde a incapacidades derivadas de los eventos señalados en el artículo 2.2.13.4 del Decreto 780 de 2016 	SI
22	Tipo de pago	1	N	<p>Si el estado de la incapacidad es 1, Pagada, indicar el tipo de pago:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0: Proceso normal. 1: Orden judicial o tutela. 2: No aplica – Solo si el estado de la incapacidad es 2, 3, 4. 	SI

23	Fecha de pago	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD Corresponde al día en que se efectuó el pago de la incapacidad.</p> <p>NOTA: si en el campo 21 Estado de Incapacidad se registró el valor 2, 3 o 4, aquí debe registrar la fecha 1900-01-01.</p>	SI
24	Fecha de radicación de la solicitud de pago	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD Corresponde al día en que se radica la solicitud de cobro que se reporta en estado pagada y con fecha de pago</p> <p>NOTA: Este campo solo aplica con estado 1, y con fecha de pago. En caso de no haber sido pagadase registra 1900-01-01</p>	SI
25	Tipo de Identificación del médico tratante	2	A	<p>El tipo de documento de identificación del médico que expide la incapacidad, de acuerdo con la siguiente codificación: CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte PE: Permiso especial de permanencia PT: Permiso Temporal de permanencia</p>	SI
26	Número de documento del médico tratante.	17	A	<p>Número del documento de identificación del médico que emitió la incapacidad</p>	SI
27	Código de habilitación del Prestador de Servicios de Salud	12	N	<p>Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" El código prestador está compuesto por 10 dígitos del código de habilitación y dos dígitos de la sede. Ver tabla de referencia REPS Y EA</p>	SI

28	Valor de la incapacidad	12	N	<p>Valor de las incapacidades por enfermedad general pagadas por la EPS Y EA o EOC, o el valor del ajuste por cambios en el Ingreso Base de Cotización, sobre el cual se liquida la incapacidad.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.</p> <p>El valor máximo no debe exceder los 25 SMMLV.</p>	SI
29	Concepto de rehabilitación	1	N	<p>Debe corresponder al concepto elaborado por la EPS Y EA con los siguientes valores:</p> <p>0: No tiene.</p> <p>1: Si tiene.</p>	NO
30	Resultado Concepto	1	N	<p>Debe corresponder con los siguientes valores:</p> <p>1: Favorable.</p> <p>2: Desfavorable.</p> <p>3: Alta médica: Se refiere cuando después de haber sido valorado como favorable, el paciente no requiere más incapacidad por la mejoría o resolución del cuadro diagnosticado.</p>	NO
31	Fecha concepto o valoración	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Corresponde a la fecha en que se emitió el concepto más reciente de rehabilitación, puede ser de 2024.</p>	NO
32	Origen	1	N	<p>Debe corresponder al origen de la incapacidad, con los siguientes valores:</p> <p>0: Laboral</p> <p>1: Común</p>	SI



4.2 ACLARACIONES PARA ALGUNOS CAMPOS

Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió la prestación económica

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.

Campo Número de Identificación de la persona que recibió la prestación económica Las longitudes máximas según el tipo de documento:

CC = 10 posiciones	CE = 6 posiciones	PA = 16 posiciones
TI = 11 posiciones		CD = 10 posiciones

Características de los archivos planos

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

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.

Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt

Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.

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 (,).

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).

Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.

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.

- a. 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.
- b. 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.
- c. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios.
- d. 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.
- e. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo nide final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro
- f. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

4.3 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 PISiSen 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.

4.4 PERIODO DE REPORTE Y PLAZO

La periodicidad del envío de información es anual, la cual comprende la información sobre todas las incapacidades de origen común por enfermedad general, que hayan sido causadas o pagadas durante la vigencia 2024 (**Del 1 de enero al 31 de diciembre de**





2024), e incluyendo las incapacidades iniciales de 1 y 2 días asumidas por el empleador en la misma vigencia, correspondiente a los afiliados del régimen contributivo y los afiliados en movilidad.

Adicionalmente, se solicitará de forma opcional y observacional, es decir que no afectará el cálculo del porcentaje de IBC, información relacionada con el concepto de rehabilitación y la calificación origen, lo cual incluye las incapacidades laborales.

Para enviar la información se habilitará la plataforma PISIS **desde el 12 de Mayo al 30 de Mayo de 2025**.

4.5 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.

Los dominios están definidos por las siguientes tablas:

- Tipo de identificación
- Tabla DIVIPOLA
- Tabla de tipo de Cotizante
- Tabla CIE-10
- Tabla Prórroga
- Tabla Tipo de identificación del empleador
- Tabla de estado de la incapacidad
- Tabla Tipo de pago
- Tabla Tipo de Identificación del médico tratante
- Tabla Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS Y EA

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

- Tabla CIE-10 con edad y sexo
- Valor de la incapacidad pagada es inferior a un día de salario mínimo
- El IBC Supera 25 salarios mínimos
- El valor de la incapacidad supera 25 SMMLV
- Cruce con la base RETHUS y Servicio Social Obligatorio.

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



- Verificación de derechos de los usuarios. Régimen Contributivo contra la base de compensación 4023

Grupo de calidad 5 – Duplicados: verifica las incapacidades por usuario y su duplicidad en el tiempo:

- Duplicidad: se define un registro como duplicado cuando todos sus campos son iguales a otro registro.

5. RETROALIMETACION

GRUPO DE CALIDADES

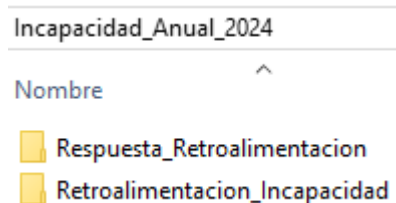
Estructura de Calidad Información 2024
Grupo de calidad 1 – Estructura: verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.
Grupo de calidad 2 – Contenido: revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia. Los dominios están definidos por las siguientes tablas: • Tipo de identificación • Tabla DIVIPOLA • Tabla de tipo de Cotizante • Tabla CIE-10 • Tabla Prórroga • Tabla Tipo de identificación del empleador • Tabla de estado de la incapacidad • Tabla Tipo de pago • Tabla Tipo de Identificación del médico tratante • Tabla Registro Especial de Prestadores de Salud –REPS
Grupo de calidad 3 – Cruzada: cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia: • Tabla CIE-10 con edad y sexo • Cruce con la base RETHUS y Servicio Social Obligatorio. • Verificación de valores • Valor de la incapacidad pagada es inferior a un día de salario mínimo • El IBC Supera 25 salarios mínimos • El valor de la incapacidad supera 25 SMMLV
Grupo de calidad 4 -Personas: verifica en las personas: • Derechos de los usuarios. Cruce con la base de compensación 4023.
Grupo de calidad 5 – Duplicados: verifica las incapacidades por usuario y su duplicidad en el tiempo: • Duplicidad: se define un registro como duplicado cuando todos sus campos son iguales a otro registro.

Se detalla a continuación los pasos del proceso de retroalimentación de la información aportada por las EPS Y EA de las incapacidades de origen común por enfermedad general, información reportada año 2024.



5.1 Disposición de archivos con inconsistencias (Minsalud)

En el FTP, en la carpeta denominada Incapacidad_anual_2024, se tiene 2 subcarpetas Retrolimentacion_Incapacidad y respuesta_Retralimentacion.



En la Subcarpeta Retrolimentacion_Incapacidad, se dejará el archivo denominado: EPS Y EAXXX.txt

Este archivo contiene los registros que presentaron inconsistencias y los códigos de error al final de cada línea.

5.2 Respuesta a las inconsistencias (EPS Y EA)

Para presentar la respuesta a las inconsistencias, se deben realizar los siguientes pasos:

PASO 1:

Revisar el archivo para identificar las inconsistencias que tiene cada registro. En cada línea de registro se presenta la siguiente información:

- a. La estructura original del registro enviado por la EPS Y EA correspondiente al tipo de registro 2.
- b. Los códigos de inconsistencia que tiene cada registro.

PASO 2:

Para las inconsistencias observadas debe modificar el archivo cambiando el dato erróneo por el correcto en cada registro.

Para la retroalimentación debe construir un archivo con la estructura definida para cada tipo de registro, conservando el consecutivo del maestro. Este archivo no tiene registro control. Estos archivos deben estar en formato .TXT utilizando el separador punto y coma (;).

PASO 3:

Cargar en el FTP, el archivo ajustado en la carpeta denominada Incapacidad_anual_2024, subcarpeta respuesta_Retralimentacion



Incapacidad_Anual_2024

Nombre ^

Respuesta_Retroalimentacion

Nota:

La estructura del archivo que la EPS Y EA envía como respuesta es la misma de la solicitud de información, respetando el código consecutivo que envía el Ministerio, es decir, este número NO se suprime NI se cambia, él servirá de llave para validar los datos, si se cambia, la EPS Y EA perderá el registro porque pierde la coherencia con lo enviado por el Ministerio. En caso de no reportar un registro en el archivo maestro este no se tendrá en cuenta.

Adicionalmente, la EPS Y EA devolverá el archivo con ENCABEZADO y sin la columna "VALIDA"

Ejemplo de un registro del archivo maestro y como dar respuesta Archivo maestro:

```
TIPO_REG;CONSECUTIVO_EPS y EA
TIPO_ID;NUM_ID;SERIAL_BDUA;NUM_AUTOR_INCAPACIDAD;FECHA_NAC;SEXO;C
OD_MUNI;TIPO_COTIZANTE;DIAG;IBC;FECHA_INICIO;FECHA_FIN;DIAS_TOTALES;PRORROGA;DIAS_
PAGADOS_EP
S;DIAS_PAGADOS_EMPLEADOR;DIAS_ACUMULADOS;TIPO_ID_EMPLEADOR;NUM_ID_EMPLEADOR
;ESTADO_INCA
PACIDAD;TIPO_PAGO;FECHA_PAGO;FECHA_RADICACION;TIPO_ID_MEDICO;NUM_ID_MEDICO;COD
_IPS;VALOR_I NCAPACIDAD;CONSECUTIVO_MINSALUD;EPS Y EA;valida
2;1805;CC;123456789;82202233;21;28/09/1961;M;15632;3;R688;689455;17/11/2
014;16/12/2014;7;0;5;2;7;CC;7303898;1;0;24/02/2020;12/02/2021;CC;23698741;1
517600955;643491;3697002;EPS Y EA0XX;C2_9-C2_10-C3_1-C4_1
```

De acuerdo con el ejemplo se presentaron las siguientes inconsistencias:

C2_9: Fecha de inicio de la incapacidad no válida , C2_10: Fecha fin de la incapacidad no válida, C3_1: Código de prestador no válido

C4_1: La persona no se encuentra en la base poblacional

Para este caso en el registro que se encuentra en el archivo maestro se debe:

1. Verificación de la fecha inicio y fecha fin de la incapacidad dado que se tendrán en cuenta las incapacidades causadas o pagadas en la vigencia de análisis es 2024, es decir hasta tres años atrás.



2. Si la incapacidad es válida, verificar el código de prestador no válido en la tabla de referencia y realizar el ajuste.
3. La persona no se encuentra en la base de compensación (Adres). Verificar en la base de datos de la entidad y realizar el ajuste si procede.
4. Construir el archivo con la estructura definida para el tipo de registro 2, conservando el consecutivo del maestro. Este archivo no tiene registro control. El formato es .TXT utilizando el separador punto y coma (;).
5. Cargar el archivo en el FTP, en la carpeta de respuesta.

Calidad C2_29: Fecha de pago supera los tiempos de Ley a partir de la Fecha de la Solicitud de pago

Para realizar la justificación de esta calidad, debe reportar un archivo en Excel con la siguiente codificación:

Código Inconveniente	Descripción Inconveniente
1	El cotizante se demoró en reclamar el giro
2	Transferencia electrónica rechazada
3	La entidad pago por fuera del tiempo establecido por la ley

Una vez realizado el proceso de justificación el archivo se debe guardar con el nombre: R_C2_29_EPS Y EAXXX.xls y reportar en la siguiente estructura al correo estudiosuficiencia@minsalud.gov.co en las fechas previstas.

Ejemplo:

Registro a Reportar

Cod. EPS	Número autorización incapacidad	Tipo identificación	Número de identificación	Fecha de radicación del pago	Fecha de pago	Días entre la radicación y el pago	Código inconveniente	Justificación
EPS123	AUTOR123	CC	42XXYYZZZ	2024-01-10	2024-03-06	56	2	TRANSFERENCIA ELECTRONICA RECHAZADA

-Calidad C5_1: Duplicados

Importante: Tenga en cuenta que esta calidad es informativa y no debe ser justificada, dado que el registro se excluye de la información reportada

5.3 Aspectos para tener en cuenta

- Los archivos maestros deben ser cargados en el FTP.
- El archivo de justificación C2_29, debe ser enviado al correo estudiosuficiencia@minsalud.gov.co
- El archivo de respuesta no puede exceder el número de registros enviados en retroalimentación.
- No es posible añadir registros a los informados en la retroalimentación, porque en este caso no se tendrá en cuenta ningún registro.

RESUMEN REPORTE INCAPACIDADES ANUAL 2024

ACTIVIDADES	FECHA_INICIO	FECHA_FIN	DESTINO
REPORTE INFORMACION	12-may-25	30-may-25	PISIS
Mallas validación	3-jun-25	11-jun-25	Ministerio lo realiza
RETROALIMENTACION	12-jun-25	20-jun-25	Se deja en el FTP - En la carpeta denominada Incapacidad_anual_2024, subcarpetas Retrolimentacion_Incapacidad , se dejará el archivo denominado: EPS Y EAXXX.txt para su verificación
RESPUESTA RETROALIMENTACION	24-jun-25	27-jun-25	Se deja en el FTP - En la carpeta denominada Incapacidad_anual_2024, subcarpetas Respuesta Retroalimentación, la respuesta de la retro que genero la EPS Y EA en el archivo denominado: R_EPS Y EAXXX.txt

MALLAS DE VALIDACION INCAPACIDADES

Código	Descripción	Descripción Calidades
go		

C2_2	Tipo de identificación del afiliado no válido	valido Solo:CC-CE(cedula extranjera) -PE(permiso especial permanencia) -SC(salvo conducto)-TI-PT(protección laboral)
C2_3	Número de identificación del afiliado no válido	NO PERMITE CERO(0) ni campo vacío ni caracteres especiales
C2_4	Fecha de nacimiento no válida (la persona reportada tiene menos de 15 años)	fecha nac<fec_inicio o menor año 1910
C2_5	Sexo no válido	solo M(Masculino)-F(Femenino)
C2_6	Código de municipio no válido	lugar de residencia de la persona a la que se le emitió una incapacidad. Tabla División Político-Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE
C2_7	Tipo de cotizante no valido	Solo valido: 1, 2, 3, 4, 12, , 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 51, 60, 63 (Ver la tabla de referencia TRVTipocotizante en web.sispro.gov.co, donde encontrara la descripción de los valores permitidos)
C2_8	Diagnóstico no válido	diagnostico coincide con el sexo
C2_9	Fecha de inicio de la incapacidad no válida	FECHA_INICIO > fecha fin; trimestral año diferente al año proceso; en anual no puede ser inferior de 3 años s ni superior al año vigencia; fecha no puede ser NULL
C2_10	Fecha fin de la incapacidad no válida	FECHA_FIN no puede ser menor a fecha_inicio; trimestral año diferente al año proceso; en anual no puede ser inferior de 3 años ni superior al año vigencia; fecha no puede ser NULL
C2_11	Tipo de identificación del empleador no válido	tipos aceptados:('CC','CD','CE','NI','PA','PE','SC','TI','PT')
C2_12	Número de identificación del empleador no válido	NO PERMITE CERO(0) ni campo vacío ni caracteres especiales
C2_13	Estado de la incapacidad no válido	solo se aceptan '1','2','3','4','5'
C2_14	Fecha de pago no válida	fecha pago no puede ser menor a fecha inicio, Para estado incapacidad=1(pagado) no puede ser null ni 1900
C2_15	Tipo de identificación del médico no válido	validos:('CC','CD','CE','NI','PA','PE','SC','PT')
C2_16	Número de identificación del médico no válido	NO PERMITE CERO(0) ni campo vacío ni caracteres especiales

C2_17	Valor de la incapacidad no válido	sí es pagado no es válido negativo ni cero(0),
C2_18	Días incapacidad mayor a 30 o días negativos	Días incapacidad no puede ser mayor a 30 o días negativos(en caso de una incapacidad mayor, tendría que hacer otros registros no mayores de 30 días para completar incapacidad, cambiaria intervalo fechas
C2_19	Valor no valido prórroga	solo aceptan (0,1)
C2_20	Días acumulados mayores a 30 sin Prorroga (0)	Días acumulados mayores a 30 sin Prorroga (0)
C2_21	Días totales diferentes Días calculados incapacidad (aplica información año)	Días totales diferentes Días calculados incapacidad (aplica información año), días calculados sale de la diferencia de fecha fin menos fecha inicio+1
C2_22	Días acumulados en 0 con prórroga 1	Días acumulados en 0 con prórroga 1
C2_23	Probable pensionado por sustitución (menores de 14 años)	fecha inicio menos fecha nacimiento menor de 14 años
C2_24	Posible Pensionado	TIPO_COTIZANTE_HAC es '10','11', y empleadores pertenezcan fondo de pensiones
C2_25	Tipo de pago no valido	si ESTADO_INCAPACIDAD='1' y TIPO_PAGO diferente a ('1','2') u otro estado incapacidad y tipo pago no es 0
C2_26	Días pagados es mayor a días totales	sí [DIAS_PAGADOS_EPS Y EA] es mayor a [DIAS_INCAPAC_CALCULADO]
C2_27	Identificación del médico igual a la identificación del afiliado	Identificación del médico igual a la identificación del afiliado
C2_28	Fecha de radicación de la solicitud de pago no valida, con estado pagado	estado pagado si FECHA_PAGO menor a FECHA_RADICACION_PAGO o es null
C2_29	Fecha de pago supera los tiempos de Ley a partir de la Fecha de la Solicitud de pago	Fecha de pago supera los tiempos de Ley a partir de la Fecha de la Solicitud de pago
C2_30	Incapacidades pagadas con días reconocidos EPS Y EA en cero	En estado pagado, dias_pagados_EPS Y EA<=0
C2_31	IBC inferior a un salario mínimo	IBC inferior a un salario mínimo
Tabla	3. Inconsistencias - Grupo de Calidad 3	
C3_1	Código de prestador no válido	códigos habilitación prestador no encontrados en https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/

C3_2	Cruce CIE10 – SEXO no válido	Diagnostico no coincide con el sexo
C3_3	Cruce CIE10 – Rango EDAD no válido	Diagnostico no coincide con la edad paciente
C3_4	Cruce con la base RETHUS y Servicio Social Obligatorio	No se encuentra en la base de RETHUS
C3_5	Valor de la incapacidad pagada es inferior a un día de salario mínimo	Valor de la incapacidad pagada es inferior a un día de salario mínimo
C3_6	El IBC Supera 25 salarios mínimos	El IBC Supera 25 salarios mínimos
C3_8	El valor de la incapacidad supera 25 SMMLV	El valor de la incapacidad supera 25 SMMLV
Tabla	4. Inconsistencias - Grupo de Calidad 4 y 5	
C4_1	La persona no se encuentra en la base poblacional	La persona no se encuentra en la base poblacional - HAC-HISTORICO AFILIADOS CONTRIBUTIVO
C5_1	El registro se encuentra duplicado	El registro se encuentra duplicado

Las DUDAS E INQUIETUDES sobre las devoluciones de calidades de la información, deben enviarse únicamente a través de la siguiente cuenta de correo electrónico: estudiosuficiencia@minsalud.gov.co