



La salud
es de todos

Minsalud

SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD SEGUIMIENTO A TECNOLOGÍAS

**Ministerio de Salud y Protección
Social**



La salud
es de todos

Minsalud

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD	4
1. PROPÓSITO	5
2. ALCANCE	5
3. Objetivo general	5
4. Objetivos específicos	5
5. NORMATIVA	6
6. DEFINICIONES	13
CAPÍTULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	20
1. Períodos para reportar la información.	21
CAPÍTULO 3: REPORTE DE INFORMACIÓN - ESTRUCTURA	22
1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	23
1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio	23
1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.	23
1.3. Estructura del Contenido del Archivo.	25
1.3.1. Registro tipo 1 – Registro de control.	25
1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS)	26
1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro de los Beneficios en Salud financiados con recursos de la UPC (BSUPC). Código Único de Medicamentos (CUM) ...	31
1.3.4. Registro tipo 4 – Seguimiento a Indicadores	38
1.4. ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ARCHIVOS PLANOS	40
1.4.1. Registro control	40
1.4.2. Archivo Plano	40

1.4.3.	Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio .	40
1.4.4.	Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	42
1.4.5.	Unidad de reporte según la forma farmacéutica:	43
2.	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS	43
3.	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	45
4.	INFORMACIÓN A REPORTAR	46
5.	TABLAS DE REFERENCIA:	46
6.	ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC .	47
	CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN DE GRUPOS DE CALIDADES	49
1.	GRUPO DE CALIDADES	50



La salud
es de todos

Minsalud

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD

1. PROPÓSITO

Con el propósito de contribuir a las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud sobre el ajuste al Plan de Beneficios en Salud financiado con recursos de la UPC, aplicable a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación, así como el seguimiento a indicadores – trazadores de prestaciones de salud de casos de enfermedades crónicas. En el marco del modelo de atención integral en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el estudio a las variables que dan cuenta del uso y acceso a las tecnologías y servicios de salud a las cuales tienen derecho los usuarios del SGSSS, con base en la información recopilada en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los dos regímenes.

2. ALCANCE

La presente solicitud de información precisa los lineamientos del reporte al seguimiento de las tecnologías en salud, así como los indicadores definidos que se monitorearán de manera cuatrimestral y que darán cuenta del comportamiento de las frecuencias, los costos, y la población de las tecnologías seleccionadas, así como el resultado de los indicadores a las patologías definidas.

3. Objetivo general

Analizar el comportamiento de la frecuencia, costos y población de las tecnologías en salud, seleccionadas, así como el seguimiento a los indicadores definidos para el análisis durante la vigencia 2019 generando información que contribuya en la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Objetivos específicos

- 4.1. Realizar seguimiento al uso y costo de las tecnologías en salud seleccionadas según las necesidades propias del sistema general de seguridad social en salud SGSSS
- 4.2. Realizar seguimiento y evaluación de los indicadores definidos por Ministerio de Salud y Protección Social.

4.3. Generar análisis pertinentes, como insumo en la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

4.4. Divulgar los resultados del seguimiento a las tecnologías en salud y la evaluación de los indicadores trazadores.

5. NORMATIVA

La Ley 100 de 1993¹, marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece entre otras cosas, que éste debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS. Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe ser definido por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido del plan de beneficios POS según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.²

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

Esta última reiterada en la Resolución 5522 de 2013, Artículo 14, Resolución 5925 de 2014 Artículo 20, Resolución 5593 de 2015, CAPÍTULO IV, Artículo 22, Resolución 5858 de 2018, Artículo 18. “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

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

requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto” y *lo correspondiente* en el acto administrativo para la vigencia 2019 por el cual se actualizan integralmente los beneficios en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La información para el seguimiento de tecnologías en salud se solicita con fundamento en la Resolución 5857 de 2018, “Artículo 131. Deber de información. Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o análisis y cálculos de la UPC, los usuarios, pacientes, profesionales de la salud, las EPS o las entidades que hagan sus veces, las IPS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requiera.”.

Por otra parte, el artículo 17 de la Resolución 5858 de 2018 en la cual se norma:

“Artículo 17. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia. La información sobre los servicios y tecnologías en salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada según las disposiciones que establezca la normativa vigente y aplicable al momento del reporte, así:

- En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
- En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en norma vigente para el momento de entrega de la información”.

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan de Beneficios con cargo a la 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



**La salud
es de todos**

Minsalud

Norma	Tema o asunto
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
Circular Externa No 63 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.



**La salud
es de todos**

Minsalud

Norma	Tema o asunto
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 009 de 2009 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 012 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capacitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud mediante la unificación de los Planes de Beneficio de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 013 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 019 de 2010 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 de 2011 de la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.



**La salud
es de todos**

Minsalud

Norma	Tema o asunto
Acuerdo 028 de 2011 de la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 029 de 2011 de la CRES	Se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 030 de 2011 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
Acuerdo 032 de 2012 de la CRES	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Resolución 4480 de 2012 de Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones
Resolución 78 de 2013 de Minsalud	Por la cual se corrige un error simplemente formal de carácter aritmético contenido en la Resolución número 4480 de 2012, “por la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5521 de 2013 Minsalud	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 5522 de 2013 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1952 de 2014 Minsalud	Por la cual se reconoce una prima adicional para zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2739 de 2014 Minsalud	Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones



**La salud
es de todos**

Minsalud

Norma	Tema o asunto
Resolución 5729 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5925 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014 Minsalud	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.
Resolución 5968 de 2014 Minsalud	Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.
Resolución 4678 de 2015 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5592 de 2015 Minsalud	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1352 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS
Decreto 780 de 2016 Presidencia	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a



**La salud
es de todos**

Minsalud

Norma	Tema o asunto
	la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades
Resolución 5975 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS — en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2.
Resolución 6408 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 6411 de 2016 Minsalud	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 374 de 2017 Minsalud	Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 1132 de 2017	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"
Resolución 5171 de 2017 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5268 de 2017 Minsalud	"Por la cual Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 5851 de 2018 y sus anexos	"Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2019 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 5858 de 2018	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2019 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 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"

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



6. DEFINICIONES³

Artículo 8. Glosario. Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia los siguientes términos, sin que estos definan la financiación o ampliación de los mismos dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

1. **Artículo 8. Glosario.** Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia los siguientes términos, sin que estos definan la financiación o ampliación de los mismos dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:
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.
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:** modalidad intramural de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y que cuente con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación, que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.
4. **Atención con internación:** modalidad intramural de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso, se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

³ Resolución 6408 de 2016 Minsalud.



La salud
es de todos

Minsalud

5. **Atención de urgencias:** modalidad intramural de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
6. **Atención domiciliaria:** modalidad extramural de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
7. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.
8. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
9. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.
10. **Complicación:** alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
11. **Concentración:** cantidad de principio activo, contenido en una forma farmacéutica, medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
12. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser



La salud
es de todos

Minsalud

programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural según el sitio de realización.

13. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural según el sitio de realización.
14. **Consulta psicológica:** es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología, que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
15. **Consulta por otro profesional de salud:** valoración y orientación realizada por un profesional de salud (diferente al médico, odontólogo o psicólogo), autorizado por las normas de talento humano para ejercer su profesión. 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.
16. **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.
17. **Dispositivo médico para uso humano:** cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - 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.

18. **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.

19. **Enfermo en fase terminal:** aquel que tiene 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.

20. **Esteroisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.

21. **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.

22. **Hospital Día:** modalidad intramural de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

23. **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.



La salud
es de todos

Minsalud

24. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
25. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
26. **Material de curación:** dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
27. **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.
28. **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.
29. **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.
30. **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.
31. **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
32. **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



La salud
es de todos

Minsalud

sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

33. **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.
34. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
35. **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.
36. **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.
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.
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.
37. **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



La salud
es de todos

Minsalud

agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica

38. **Tecnología en salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
39. **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.



La salud
es de todos

Minsalud

CAPÍTULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

1. Períodos para reportar la información.

El periodo a reportar es desde el **1 de enero al 31 de diciembre de 2019, cuatrimestralmente.**

Nota: de acuerdo con el flujo de la facturación, la información que completa el cuatrimestre anterior se puede reportar en el cuatrimestre siguiente sin duplicar datos.

Periodo de la información reportada	Semana de reporte, fechas límite de envío de información por la plataforma PISIS.
1er cuatrimestre: corte de 1 de enero al 30 de abril de 2019	Entre los días 27 y 31 de mayo de 2019
2do cuatrimestre: corte de 1 de mayo al 31 de agosto de 2019	Entre los días 30 de septiembre y el 4 de octubre de 2019
3er cuatrimestre: corte de 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019	Entre los días 27 de Enero y 31 de Enero de 2020



La salud
es de todos

Minsalud

CAPÍTULO 3: REPORTE DE INFORMACIÓN - ESTRUCTURA



La salud
es de todos

Minsalud

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 de las Tecnologías en Salud prestados a los afiliados a las EPS del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, del período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, 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	MPP	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	MPPO	Seguimiento a tecnologías en salud	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



**La salud
es de todos**

Minsalud

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Tipo de identificación de la entidad que reporta	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad que reporta	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	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 Seguimiento de tecnologías en salud	MPP140MPPOAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxxxR99.txt	39



1.3. Estructura del Contenido del Archivo.

El archivo de la información para el estudio de seguimiento de tecnologías 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 del Plan de Beneficios en Salud financiados con recursos de la UPC (BSUPC). Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud financiados con recursos de la UPC (BSUPC). Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	Obligatorio
Tipo 4	Seguimiento a Indicadores	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



**La salud
es de todos**

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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 del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la 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



**La salud
es de todos**

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde al lugar de residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el 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	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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 CUPS, Resolución vigente a partir del 1 de enero de 2019.	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 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	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * 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. 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	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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).	
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. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del procedimiento debe ser mayor a cero.	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI



**La salud
es de todos**

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
18	Número factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE:

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

1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos dispensados que se encuentran dentro de los Beneficios en Salud financiados con recursos de la UPC (BSUPC). 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



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el 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
6	Código Municipio	5	A	Éstos se toman de la Tabla: División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. 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,	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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 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	12	A	Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co . 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	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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)	
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	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 periodo 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.	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. * 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. 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	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1. Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</u> Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
14	Días de tratamiento	3	N	<u>Información solicitada para prestaciones realizadas a partir del 1 de enero de 2019.</u> 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 para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos. 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.	SI
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 <u>valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo anterior.</u> Reportar sin decimales. Cuando no	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				hay valor a registrar debe registrar cero (0).	
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 usuario en uno solo de los registros cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
17	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
18	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
19	Número 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 **ÚNICO** tipo de registro. Los archivos combinados serán **DEVUELTOS**.
- El valor a reportar en el campo: "Valor", Corresponde **SÓLO** al valor del medicamento entregado. **Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.**



La salud
es de todos

Minsalud

1.3.4. Registro tipo 4 – Seguimiento a Indicadores

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: Indica que el registro es de Seguimiento a Indicadores	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 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 Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada que corresponda a alguna de las siguientes patologías: • Enfermedad Renal Crónica • VIH • Cáncer de mama	SI



La salud
es de todos

Minsalud

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Fecha de Diagnóstico	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Fecha en que se le realizó la prueba confirmatoria de la patología bajo estudio	SI
9	Estadío de la enfermedad ERC	1	N	Registre con número entero, el estadío de la enfermedad renal crónica entre 0 y 4. Si el paciente no padece la patología de enfermedad renal crónica reporte 8	SI
10	Estadío de la enfermedad Cáncer de mama	2	N	Estadificación basado en TMN 0: Tumor in situ 1: EC I o 1 2: EC IA o 1a 5: EC IB o 1B 10: EC II o 2 11: EC IIA o 2a 14: EC IIB 16: EC III o 3 17: EC IIIA o 3a 18: EC IIIB o 3b 19: EC IIIC o 3c 20: EC IV o 4 99: paciente con patología diferente a cáncer de mama	SI
11	Fecha de realización de la última Parathormona	10	F	Formato AAAA-MM-DD Si el paciente no padece la patología de enfermedad renal crónica reporte 1900-01-01	SI
12	Terapia antiretroviral	1	N	Paciente menor de 18 meses a quien se le suministró terapia antiretroviral en el periodo. 0: No recibió Profilaxis 1: Recibió Profilaxis 2: No aplica porque no es menor de 18 meses.	SI

NOTA IMPORTANTE:

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

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

1.4.1. Registro control

Los archivos deben tener en el registro control el código asignado por la SNS para cada régimen (RC, RS, Movilidad al Contributivo y Movilidad al Subsidiado, Resolución 3797 de 2014, **de no ser así, esta información será DEVUELTA.**

Ejemplo: MEDIMAS

Código asignado para el Régimen **Contributivo EPS044**

Código asignado para el Régimen **Subsidiado EPSS45**

Código asignado para Movilidad del régimen Contributivo al Régimen Subsidiado **EPSS44**

Código asignado para Movilidad del régimen Subsidiado al Régimen Contributivo **EPS045**

1.4.2. Archivo Plano

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

1.4.3. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

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.



**La salud
es de todos**

Minsalud

Tabla de 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 ancianos.	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

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

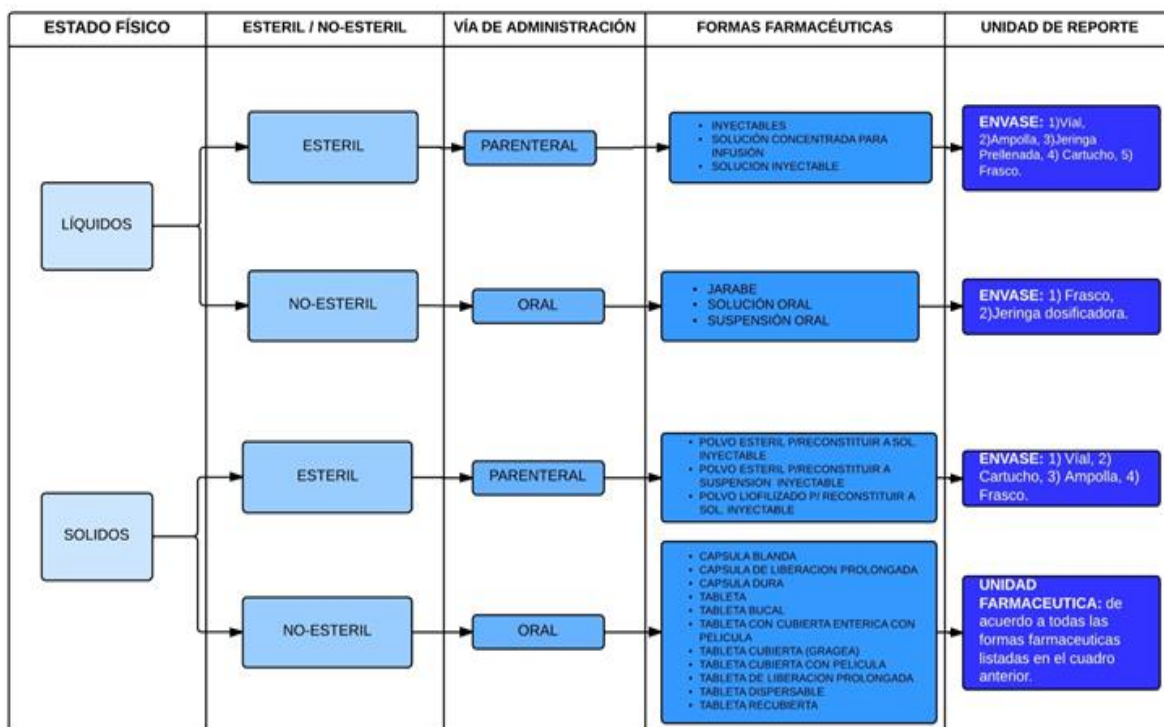
Las longitudes máximas según el tipo de documento:

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



1.4.5. 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

2. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

- 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.

3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones.

Si la EPS que hace el reporte aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal del SISPRO.

Registrar entidad:

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

Registrar solicitud de usuario:

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

Control de calidad de los datos.

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

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al usuario de la EPS interesada.
- 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 usuario de la EPS interesada el resultado.

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

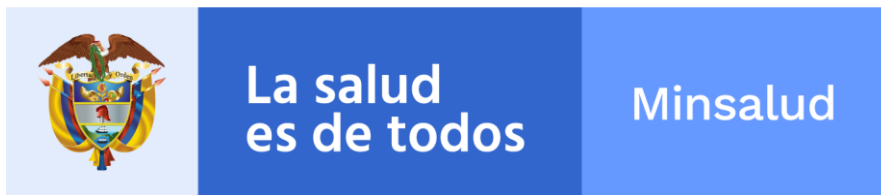
Mesa de ayuda.

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

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

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

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



Las inquietudes relacionadas con la solicitud de información pueden realizarse a la cuenta de correo: monitoreo_TS@minsalud.gov.co.

Tratamiento de la información.

Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, Ley 1712 de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.

Seguridad de la información.

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

4. INFORMACIÓN A REPORTAR

Para el cumplimiento de los objetivos definidos, **se requiere información desagregada** de cada una de los procedimientos y medicamentos a los cuales se realizara el seguimiento ***para la vigencia 2019***; realizados y entregados a los afiliados, es decir, los beneficios en salud contemplados en cada uno de los regímenes; de igual manera se requiere la información desagregada que den cuenta de los indicadores trazadores, establecidos en el anexo 2 de la Resolución 5858 de 2018.

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.

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/seguimiento-a-tecnologias.aspx>

- Tablas División político administrativa DANE,
- Codificación CIE – 10,
- Tabla de procedimientos de seguimiento en el PBS, en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS
- Tabla de medicamentos de seguimiento en el PBS

6. 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 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 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	N8160001 XXX	JUANITA A XXXX	5001	juanita@hotmail.com	DG 45 35 60	3485697	PRÓTESIS DENTAL



**La salud
es de todos**

Minsalud

Esta información debe diligenciarse en archivo de Excel y debe ser archivado en el FTP dispuesto por el Ministerio, en las fechas previstas para la entrega.



La salud
es de todos

Minsalud

CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN 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 con forma de reconocimiento “S”
- Tabla CIE-10 con edad y sexo
- Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario días de estancia. Cruce con CIE-10 (Fase de observación)
- 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.
- Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.
- Puerta de entrada dispensación de medicamentos.

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 Diagnóstico.