



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA EL MONITOREO DE NUEVAS
TECNOLOGÍAS**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, MARZO DE 2015
PERIODO DE ESTUDIO 2015**

TABLA DE CONTENIDO

1	PROPÓSITO	4
2	ALCANCE	4
3	OBJETIVOS	4
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	4
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4	NORMATIVA	5
5	INSTRUCTIVO GENERAL	5
5.1	INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD INCLUIDAS EN EL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 5521 DE 2013	5
5.1.1	<i>ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS</i>	5
5.1.2	<i>ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO</i>	6
5.1.2.1	Registro tipo 1 – Registro de control.	6
5.1.2.2	Registro tipo 2 – Registro de detalle para procedimientos	7
5.1.2.3	Registro tipo 3 – Registro de detalle para dispositivos médicos	8
5.1.2.4	Registro tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos	9
5.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS	15
5.3	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	16
5.4	INFORMACIÓN A REPORTAR	16
5.5	PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN.	17
6	VALIDACIONES	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estándar para el nombre de los archivos	5
Tabla 2. Nombre del Archivo.....	6
Tabla 3. Tipos de registro que conforman el archivo	6
Tabla 4. Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.....	6
Tabla 5. Estructura de los registros procedimientos	7

1 PROPÓSITO

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, pretende conocer, analizar, contribuir a la toma de decisiones y divulgar el comportamiento de las tecnologías en salud incluidas en el proceso de actualización del POS 2013 a las cuales tienen derecho los usuarios del SGSSS.

2 ALCANCE

La presente guía pretende precisar el alcance del reporte de uso de tecnologías en salud incluidas en la actualización del POS 2013, teniendo en cuenta los lineamientos detallados en el anexo técnico que se presenta en el numeral 5.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar y divulgar el comportamiento de las nuevas tecnologías y sus comparadores incluidos en el POS 2013.

3.2 Objetivos Específicos

- Analizar el comportamiento de las tecnologías en salud incluidas en el POS 2013.
- Generar información analizada que contribuya en la toma de decisiones en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Divulgar los resultados del monitoreo a través de un boletín trimestral.

Alcanzar los anteriores objetivos requiere de un avance escalonado a través de dos (2) componentes:

- Monitoreo, seguimiento y evaluación de tecnologías 2014-2015
- Políticas de regulación en salud

Los anteriores componentes permiten reconocer una estructura mínima de operación del monitoreo que requiere para su funcionamiento, de la construcción y adaptación de los siguientes procesos:

1) Proceso de construcción de información:

- Recolección de información
- Validación de la información recibida
- Disponibilidad de la información

2) Proceso de análisis y fortalecimiento de la gestión:

- Definición de las unidades de análisis
- Niveles de análisis
- Generación de resultados

3) Proceso de divulgación:

- Socialización de análisis
- Boletín del monitoreo
- Evidencia para toma de decisiones

4 NORMATIVA

La información para el monitoreo de nuevas tecnologías en salud se solicita con fundamento en la Resolución 5521 de 2013, ARTÍCULO 136. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de monitoreo, actualización del Plan Obligatorio de Salud, análisis o cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, 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 requiera.

Al igual que en la Resolución 5925 de 2014, ARTÍCULO 20.- Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de servicios de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Empresas Farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema proveer la información solicitada de forma confiable con la estructura, nivel de detalle, calidad, oportunidad y claridad que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud.

5 INSTRUCTIVO GENERAL

Cada EPS enviará al MINISTERIO, en archivos planos, el reporte de las Tecnologías en Salud utilizando la Plataforma de Integración PISIS del MINISTERIO.

5.1 INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD INCLUIDAS EN EL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 5521 DE 2013.

5.1.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.

Tabla 1. Estándar para el nombre de los archivos

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	MPP	Identificador del módulo de información: Registro de Medicamentos y Procedimientos POS.	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	MPPO	Información sobre las Tecnologías en Salud incluidas en el POS.	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMDD	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 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	X	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: S:Subsidiado C: Contributivo	1	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

Tabla 2. Nombre del Archivo

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre la prestación de servicios y la dispensación de medicamentos POS.	MPP140MPPOAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxxxC.txt	37

5.1.2 ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.

Tabla 3. Tipos de registro que conforman el archivo

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle de la información de los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; prestados por las EPS, que han sido seleccionados para monitoreo	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle de la información de los Dispositivos Médicos del Plan Obligatorio de Salud; entregados por las EPS, que han sido seleccionados para monitoreo.	Obligatorio
Tipo 4	Registro de detalle de la información de los Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud; dispensados por las EPS, que han sido seleccionados para monitoreo.	Obligatorio

Cada registro está conformado por campos, separados por punto y coma (;).

5.1.2.1 Registro tipo 1 – Registro de control.

Tabla 4. Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: Valor que indica que el registro es de control.	SI
1	Código de la EPS	6	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.	SI
2	Fecha inicial del período a reportar	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SI
3	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha final del período de información reportada y a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
4	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Corresponde a la cantidad de registros tipo 2, 3 y 4, contenidos en el archivo.	SI

5.1.2.2 Registro tipo 2 – Registro de detalle para procedimientos

Este tipo de registro es obligatorio para las EPS. Mediante el registro tipo 2, las EPS reportan el detalle de los procedimientos, se debe enviar un registro por cada procedimiento.

Tabla 5. Estructura de los registros procedimientos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Valor atribuido al registro de detalle 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.	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	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	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
10	Código CUPS	8	A	Registrar la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social o en su defecto el código provisional establecido en el Plan Obligatorio de Salud.	SI
11	Número de sesiones	2	N	Para el caso exclusivo de radioterapia conformacional en abdomen, se registra el número de sesiones que contiene el ciclo. Para los demás procedimientos se digita cero (0).	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
12	Ámbito de prestación procedimiento o dispositivo.	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del procedimiento.	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico	SI
14	Número de días de estancia	3	N	Días que permaneció hospitalizado. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Procedimiento	11	D	Registre el valor del procedimiento Permite dos decimales, separados por punto.	SI
16	Código de la IPS que realiza el procedimiento	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

5.1.2.3 Registro tipo 3 – Registro de detalle para dispositivos médicos

Este tipo de registro es obligatorio para las EPS. Mediante el registro tipo 3, las EPS reportan los dispositivos **STENT DUODENAL, STENT CORONARIO RECUBIERTO O MEDICADO Y STENT CORONARIO CONVENCIONAL O NO RECUBIERTO**, se debe enviar un registro por cada dispositivo.

Tabla 6. Estructura de los registros Dispositivos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Valor atribuido al registro de detalle de Dispositivos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	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	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
10	Registro Sanitario	23	A	Incluir el Número de Registro Sanitario INVIMA del dispositivo.	SI
11	Cantidad dispositivos	2	N	Cantidad dispositivos implantados.	SI
12	Ámbito de prestación procedimiento o dispositivo.	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del Dispositivo.	1	A	C: Pago por Capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico	SI
14	Número de días de estancia	3	N	Días que permaneció hospitalizado. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Dispositivo(s)	11	D	Registre el valor total de los dispositivos implantados ; según corresponda. Permite dos decimales, separados por punto.	SI
16	Código de la IPS que realiza el procedimiento o entrega el dispositivo.	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

5.1.2.4 Registro tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos

Mediante el registro tipo 4, las EPS reportan el detalle de cada uno de los medicamentos POS dispensados.

Tabla 7. Registro de detalle para medicamentos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: Valor atribuido a la información de medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	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	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código del Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado. *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	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 medicamento y unidad de medida de los medicamentos. El número trazador se compone por el 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 de 12 dígitos.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo: 20059967-15</p> <p>Para los casos en que el número de expediente tengan menos de ocho (8) caracteres se deben adicionar ceros (0) a la izquierda para completar los (8) caracteres.</p> <p>Para los casos en que el número de consecutivo sea de un carácter, se deben adicionar un cero (0) a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: expediente 58682, consecutivo 2 se debe reportar 00058682-02</p>	
10	Cantidad dispensada	3	N	Corresponde a la cantidad dispensada del medicamento. La unidad de reporte depende de la forma farmacéutica y no de la presentación comercial.	SI
11	Días de tratamiento	3	N	Días de tratamiento cubiertos con la cantidad dispensada, reportada en campo 10.	SI
12	Fecha de dispensación del medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI
13	Ámbito de entrega del Medicamento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
14	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	C: Pago por capitación S: Pago por evento P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico	SI
15	Valor de la unidad dispensada	11	D	Valor unitario de la unidad reportada en el Campo 9. Permite dos decimales, separados por punto.	SI
16	Valor total del medicamento dispensado	14	D	Valor total del medicamento dispensado. Permite dos decimales, separados por punto.	SI
17	Código de la IPS o dispensador de medicamentos	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

Aclaración sobre Registro Tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos

Campo 17

1. Para prestadores que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se debe conformar el código así:

a) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador **N900092912**

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

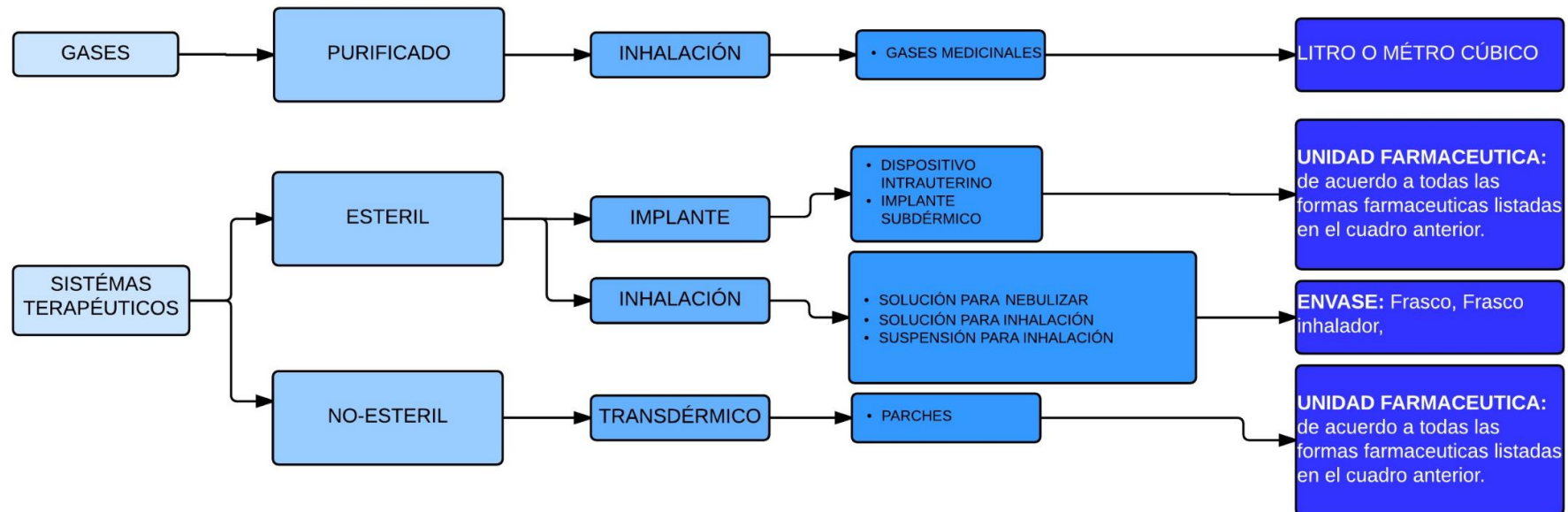
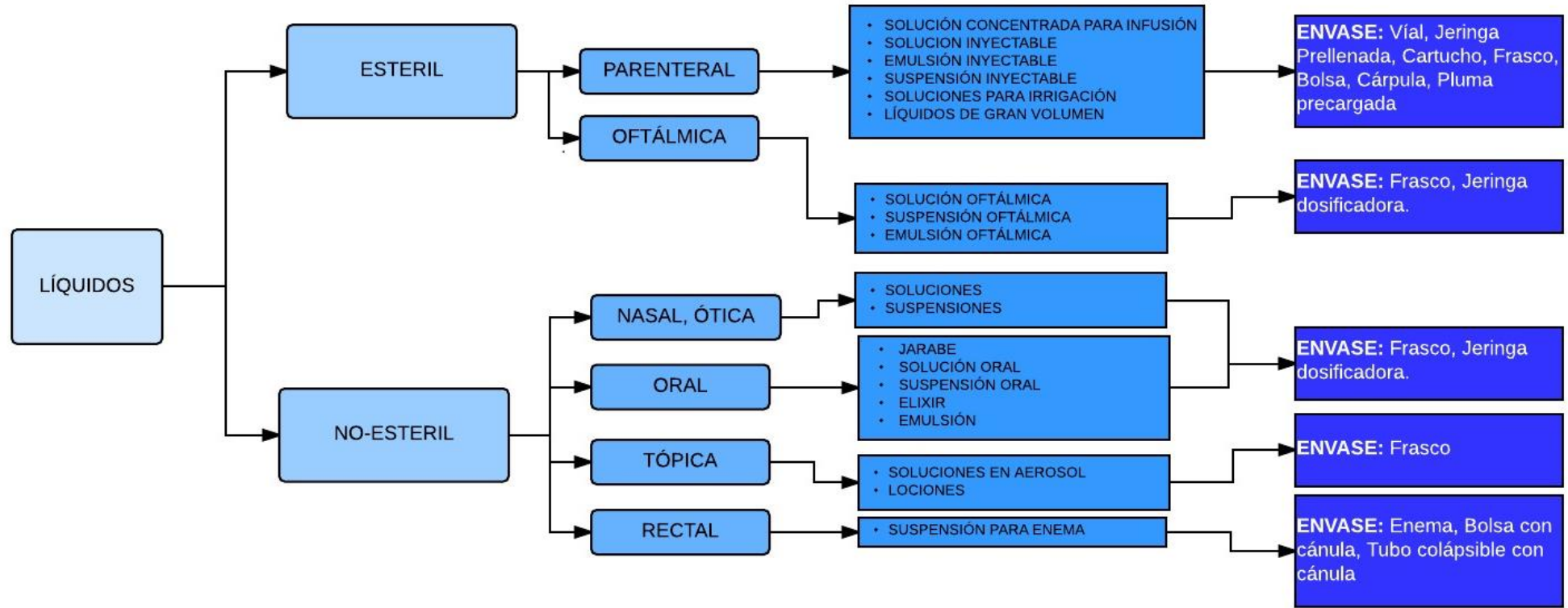
Ejemplo: Fernando Briceño Rincón C.C. 79380644
Código Validador **C79380644**

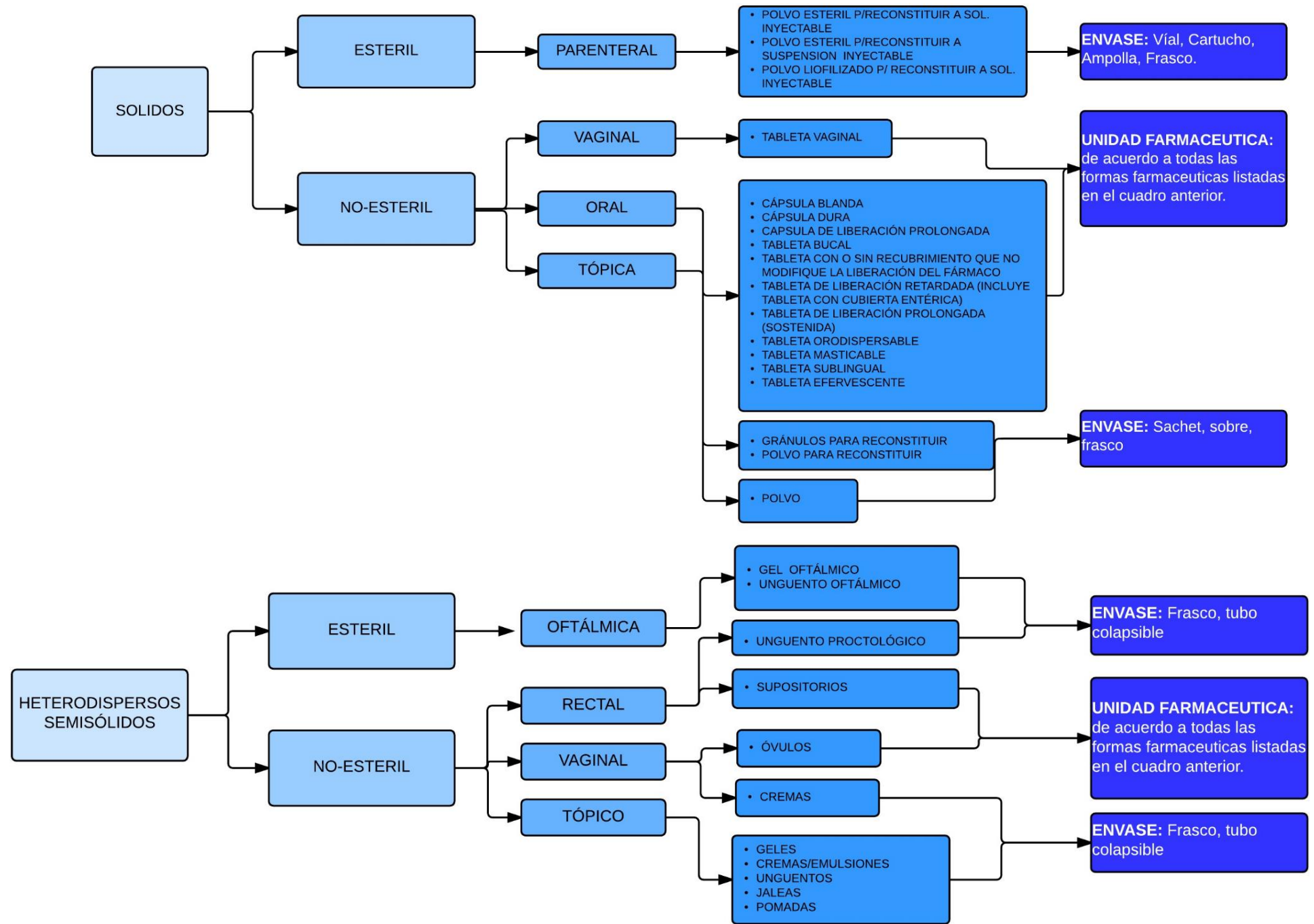
La EPS debe reportar esta información en el formato de Excel "Reporte REPSS" que se encuentra publicado.

Los campos que se encuentran en (*) son obligatorios.

Estos datos deben ser enviados al correo electrónico monitoreo_ts@minsalud.gov.co indicando el periodo reportado.

Campo 10 Unidad de reporte según la forma farmacéutica:





5.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

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

- a. En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato corresponde a los siguientes:
A-Alfanumérico **D**-Decimal **N**-Numérico **F**-Fecha
- b. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- c. Los nombres de archivo y los datos contenidos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- d. El separador de campos debe ser punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin.
- e. Ningún dato debe registrarse encerrado entre comillas ("") o con algún otro carácter especial.
- f. Los campos numéricos deben registrarse sin formato de valor ni separación de miles, los decimales deben registrarse separados por punto. Los campos de tipo fecha deben registrarse en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- g. Las longitudes de campos definidas en los tres (3) tipos de registro se deben entender como la longitud máxima de cada campo, por lo tanto, los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- h. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios.
- i. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O'.
- j. Los archivos planos no deben contener caracteres especiales en ninguna parte del registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.
- k. Los archivos deben estar firmados digitalmente.



5.3 PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social brinda el servicio de integración para que las entidades reportadoras de información envíen los archivos desde sus instalaciones desde el servicio PISIS – Plataforma de Integración del SISPRO.

En el portal del SISPRO www.sispro.gov.co, se debe solicitar el usuario mediante la opción “Regístrese”, para acceder a la plataforma PISIS y si la entidad ya tiene usuario en el SISPRO para reportar por PISIS, puede usarlo para reportar este Anexo Técnico.

Para garantizar la seguridad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio.

Con el propósito de brindar asesoría para el reporte de los archivos y demás temas relacionados con el reporte de información de este Anexo Técnico, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ha dispuesto las siguientes cuentas de correo a las cual las entidades pueden enviar sus inquietudes y solicitudes de soporte: soportepisis@minsalud.gov.co para reportar inconvenientes con la plataforma PISIS y monitoreo_ts@minsalud.gov.co para inquietudes sobre el contenido del reporte de información.

5.4 INFORMACIÓN A REPORTAR

Para conocer la información que se debe reportar para el Monitoreo de las Tecnologías Incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/monitoreo-y-seguimiento-TS.aspx> donde encontrará los listados de medicamentos, procedimientos y/o dispositivos en monitoreo. Estos podrán cambiar en relación a las actualizaciones en el Plan Obligatorio de Salud, el comportamiento del Monitoreo y las necesidades de información del SGSSS.



5.5 PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN.

La información deberá reportarse mensualmente, de acuerdo al siguiente calendario programado con el Sistema PISIS:

Tabla 7. Cronograma para el reporte de información

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final y Fecha de Corte	Fecha inicial	Fecha final
2015-01-01	2015-03-31	Abril 24 de 2015	Abril 30 de 2015
2015-04-01	2015-06-30	Julio 27 de 2015	Julio 31 de 2015
2015-07-01	2015-09-30	Octubre 26 de 2015	Octubre 30 de 2015
2015-10-01	2015-12-31	Enero 25 de 2016	Enero 29 de 2016

Se debe tener en cuenta que la información solo podrá ser enviada en las fechas relacionadas en el cronograma descrito anteriormente.

6 VALIDACIONES

La información recibida tendrá dos validaciones, la primera referida a estructura y la segunda de contenido de los dominios solicitados. PISIS es la plataforma de transferencia del archivo.

Calidad 1 Verificación de estructura. El objetivo de este proceso es realizar una verificación de correspondencia entre la estructura del archivo y la solicitada (longitud, y tipo de dato) y a su vez que estén diligenciados de forma completa, teniendo en cuenta que:

1. No hayan campos vacíos
2. El número del documento no tenga menos de 2 dígitos ni más de 16.
3. El formato de la fecha de nacimiento sea: AAAA-MM-DD
4. El sexo no sea diferente a 'F' o 'M'
5. El código del municipio esté conformado por 5 dígitos
6. El diagnóstico principal esté compuesto por 4 caracteres
7. El formato de la fecha de prestación sea: AAAA-MM-DD
8. El código Número trazador **no tenga ni más ni menos de 12** caracteres

Calidad 2 Consistencia interna de la información. El objetivo de este proceso es verificar la consistencia de los datos de servicios de salud vs los archivos de referencia.



1. El tipo de registros esté entre: 1, 2, 3 y 4.
2. El tipo de documento pertenezca a la clasificación oficial de la Registraduría Nacional
3. El número del documento no tenga menos de 2 ni más de 16 dígitos.
4. La fecha de nacimiento sea mayor a '1900-01-01' y menor a la actual.
5. El código del municipio pertenezca a DIVIPOLA
6. El diagnóstico principal se encuentre en la tabla del CIE_10 actualizada en el 2015
7. La fecha de prestación corresponda al periodo reportado y sea mayor o igual a la fecha de nacimiento
8. El código "Número trazador" corresponda a los medicamentos en observación
9. El ámbito corresponda a los establecidos
10. El ámbito esté acorde con la tecnología reportada
11. El código del prestador se encuentre en la lista de prestadores
12. La cantidad no esté vacía ni sea igual o inferior a 0
13. El valor unitario no esté vacío ni sea igual o inferior a 0
14. El valor Total no esté vacío ni sea igual o inferior a 0
15. El valor total corresponda a la multiplicación de valor unitario por la cantidad
16. El diagnóstico secundario se encuentre en la tabla del CIE_10

Calidad 3. Verificaciones de correspondencia de los registros de prestaciones de servicios.

- Consisten en que los diagnósticos y los procedimientos correspondan a ciertos grupos de edad y sexo de acuerdo con las tablas de clasificación de la CIE-10 y para CUPS por grupo de edad y sexo.

Calidad 4. Verificación de derechos de los usuarios reportados, en los registros de prestación de servicios de salud.

- Se realiza mediante el cruce de los usuarios a los que se les prestó el servicio contra la base de datos de afiliados compensados del Fosyga, para el caso del régimen contributivo, y contra la base de datos de carne-tizados, para el régimen subsidiado.

Calidad 5. Verificación de valores extremos de frecuencia y valor. El objetivo de este proceso es verificar frecuencias y valores reportados por los afiliados.

- Se verifican frecuencias mayores a cien actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a 100'000.000 de pesos, por cada afiliado.

La Calidad 1 está incluida en la malla de validación. Los restantes se realizan una vez conformada la base de datos con los registros que pasaron la malla.

Los resultados de la validación se retroalimentarán a las EPS que reportan.