

Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Adaptadas, como insumo para estimar las frecuencias de uso y los costos asociados, y calcular la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud cubiertos con dichos recursos.

Reporte trimestral de información año 2026.

Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D.C., febrero de 2026



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento
en Salud

YAMILE GARCÍA PATIÑO
Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

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

Tabla de contenido

Lista de abreviaturas y Siglas.....	8
Glosario de términos.....	9
INTRODUCCIÓN.....	17
1. Propósito y Objetivos.....	19
1.1 Propósito	19
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo general	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
2. Marco Normativo	21
2.1 Fundamento legal del estudio técnico de la UPC	21
2.2 Obligación de reporte de información	21
2.3 Responsabilidad de las EPS y demás EA.....	22
2.4 Régimen sancionatorio por incumplimiento.....	28
2.5 Normatividad histórica aplicable a la UPC	28
2.5.1 Resoluciones de fijación de la UPC	28
2.5.2 Resoluciones de actualización del PBS financiado con UPC.....	30
3. Alcance	31
3.1 Período de estudio.....	31
3.2 Población objeto de análisis	31
3.3 Regímenes incluidos	31
3.4 Uso de la información para el cálculo de la UPC.....	32
4. Cronograma del proceso de reporte y validación de la información	33
4.1 Periodo de información a reportar	33
5. Información requerida	34
5.1 Consideraciones generales del reporte	34
5.2 Fuente de datos.....	35
5.3 Tablas de referencia	36

5.3.1 Información de identificación	36
5.3.1.1 Características de los archivos.....	36
5.3.1.2 Archivo Estudio Técnico UPC	37
5.3.1.3 Archivo Soportes Documentales Digitalizados.....	38
5.3.2 Tipologías	39
5.3.3 Aspectos importantes a tener en cuenta en la construcción de los archivos planos.....	41
5.3.3.1 Registro Tipo 1 – Registro de control	47
5.3.3.2 Registro Tipo 2 – Detalle de los procedimientos.....	48
5.3.3.3 Registro Tipo 3 – Detalle medicamentos.....	54
5.3.3.4 Registro Tipo 5 – Detalle Art.109 - Res. 2765/25 (Procedimientos)	65
5.3.3.5 Registro Tipo 6 – Detalle Art.109 - Res.2765/25 (Medicamentos)	72
5.3.3.7 Registro Tipo 8 – Detalle de insumos y dispositivos médicos....	93
5.3.3.8 Registro Tipo 9 – Detalle Art.109 – Res. 2765/25 (Presentaciones Magistrales)	99
5.3.3.9 Registro Tipo 10 – Registro de detalle de personas	119
5.4 Reportes adicionales de Información	122
5.4.1 Certificación número de registros y costos de prestación de servicios	122
6. Especificaciones técnicas de los archivos planos	123
6.1 Disposiciones generales	123
6.2 Estructura general de los archivos planos.....	123
6.3 Tipo de archivos y contenido mínimo.....	124
6.4 Reglas de diligenciamiento y consistencia de la información	125
6.5 Reglas de consistencia de la información.....	126
6.6 Validación técnica y control de calidad de los datos.....	126
6.7 Firma digital y seguridad de la información.....	127

7. Plataformas, mecanismos y condiciones para el reporte de la información	
	128
7.1 Plataforma de Intercambio de Información – PISIS - (SISPRO).....	128
7.2 Mesa de ayuda y soporte técnico	129
7.3 Tratamiento de la información y control de calidad de los datos	129
7.4 Seguridad de la información	130
ANEXO No.1	131

Tabla de Tablas

TABLA 1 - NORMATIVIDAD APLICABLE A SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS UPC DEL RC Y RS	23
TABLA 2 - DETALLE RESOLUCIONES MEDIANTE LAS CUALES SE HA FIJADO LA UPC	29
TABLA 3 - NOMBRE DEL ARCHIVO ESTUDIO TÉCNICO UPC	37
TABLA 4 - ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS	37
TABLA 5 - NOMBRE DEL ARCHIVO SOPORTES DOCUMENTALES DIGITALIZADOS.....	38
TABLA 6 - NOMBRE DE ARCHIVOS DE SOPORTES DOCUMENTALES DIGITALIZADOS	38
TABLA 7 - ESTRUCTURA DEL ARCHIVO DE SOPORTES DOCUMENTALES DIGITALIZADOS	39
TABLA 8 - TIPOS DE REGISTROS	40
TABLA 9 - LONGITUDES MÁXIMAS SEGÚN TIPO DE DOCUMENTO	41
TABLA 10 - IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN ESPECIAL SIN DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, (ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 812 DE 2007).....	42
TABLA 11 - CÓDIGOS DE REPORTE DE ACTIVIDADES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC - EPSI	43
TABLA 12 - FORMA DE PAGO	44
TABLA 13 - CÓDIGOS DE REPORTE DE TRANSPORTE ZONAS DISPERSAS	45
TABLA 14 - ESTRUCTURA REPORTE DE TRANSPORTE ZONAS DISPERSAS	46
TABLA 15 - ESTRUCTURA REGISTRO TIPO 1 - REGISTRO DE CONTROL	47
TABLA 16 - ESTRUCTURA REGISTRO TIPO 2 - DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	48
TABLA 17 - ESTRUCTURA REGISTRO TIPO 3 - DETALLE DE MEDICAMENTOS.....	55
TABLA 18 - ESTRUCTURA REGISTRO TIPO 5 – DETALLE ARTÍCULO 109 RESOLUCIÓN 2765/25 (PROCEDIMIENTOS)	65
TABLA 19 - ESTRUCTURA REGISTRO TIPO 6 – DETALLE ARTÍCULO 109 RESOLUCIÓN 2765/25 (MEDICAMENTOS).....	73
TABLA 20 - DETALLE DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	93
TABLA 21 - CÓDIGO DE REPORTE DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	98
TABLA 22 - DETALLE RECONOCIMIENTO DE PREPARACIONES MAGISTRALES.....	99
TABLA 23 - DETALLE DE PERSONAS	119



Tabla de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1 REPORTE SEGÚN FORMA FARMACÉUTICA 64

Lista de abreviaturas y Siglas

APME:	Alimentos para propósitos médicos especiales
CDF:	Combinación de dosis fijas (CDF)
CUM:	Código Único de Medicamentos
CUPS:	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DRBCYTAS:	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas de Aseguramiento en Salud
EA:	Entidades Adaptadas
EPS:	Entidad Promotora de Salud
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
PBS:	Plan de Beneficios en Salud
PISIS:	Plataforma de integración de SISPRO
RC:	Régimen Contributivo
RS:	Régimen Subsidiado
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
SIREPS:	Plataforma Servicios suministrados por prestadores que no se encuentran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UPC:	Unidad de Pago por Capitación

Glosario de términos¹

1. **Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.
2. **Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME:** productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.
3. **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.
4. **Atención ambulatoria:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la atención requiera más de 24 horas continuas. Esto incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria, que, de acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, de acuerdo con el servicio.
5. **Atención con internación:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas

¹ Resolución 2366 de 2023 Ministerio de Salud y Protección Social.

continuas en la infraestructura donde se realiza la atención. Esta incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las modalidades de prestación de intramural, extramural y telemedicina definidos en la norma de habilitación vigente. Para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

6. **Atención de urgencias:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.
7. **Atención domiciliaria:** conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.
8. **Atención en salud:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.
9. **Atención primaria en salud:** es una estrategia constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

Permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

10. **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.
11. **Cirugía plástica, reconstructiva o funcional:** procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de estos, 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 de cualquier parte del cuerpo.
12. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
13. **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.
14. **Concentración:** cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
15. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural conforme con el sitio de realización.
16. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
17. **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.

18. **Consulta por otro profesional de salud:** valoración y orientación realizada por un profesional de salud, diferente al médico, odontólogo o psicólogo, y autorizado por las normas de talento humano para ejercer su oficio o profesión que consta de: anamnesis, evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como de definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
19. **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.
20. **Dispensación.** Es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y la importancia de la adherencia a la terapia.
21. **Dispositivo médico para uso humano:** cualquier instrumento, insumo, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.

- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
22. **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.
23. **Enfermo en fase terminal:** aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
24. **Establecimiento farmacéutico:** es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control y aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.
25. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
26. **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.

27. **Hospitalización parcial:** es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa
28. **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.
29. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
30. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
31. **Material de curación:** dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o dispositivos médicos empleados.
32. **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.
33. **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.
34. **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.
35. **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" (1) si es hacia la izquierda.

36. **Modalidades para la prestación de servicios de salud:** es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.
37. **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
38. **Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
39. **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.
40. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
41. **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.
42. **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.

- a. 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.
 - b. 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.
43. **Subgrupo de referencia:** agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.
44. **Tecnología en salud:** actividades, intervenciones, dispositivos médicos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
45. **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.

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993, se fundamenta en un modelo de aseguramiento orientado a garantizar el acceso efectivo, equitativo y continuo de la población a los servicios de salud, a través de la financiación del Plan de Beneficios en Salud (PBS). En este contexto, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) constituye el principal mecanismo de financiación del aseguramiento en salud, al representar el valor per cápita que el Estado reconoce a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA) para la gestión integral del riesgo en salud y la prestación de los servicios y tecnologías financiados con dichos recursos.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 182, 205 de la Ley 100 de 1993, así como en el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el valor de la UPC debe ser definido y actualizado con base en estudios técnicos que reflejen el comportamiento real del gasto en salud, considerando las características demográficas, epidemiológicas, de utilización de servicios y de riesgo de la población afiliada. En desarrollo de estas disposiciones, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adelanta de manera periódica estudios técnicos orientados a estimar el costo per cápita del PBS y analizar la sostenibilidad del aseguramiento en salud.

Adicionalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, al reconocer la salud como un derecho fundamental autónomo, refuerza la obligación del Estado de adoptar decisiones regulatorias sustentadas en evidencia técnica suficiente, que permitan garantizar la prestación continua de los servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema. En este marco, la información suministrada por las EPS y EA adquiere un carácter estratégico, en tanto constituye el insumo principal para la formulación de políticas públicas, la evaluación del desempeño del aseguramiento y la toma de decisiones relacionadas con la financiación del PBS.

La información requerida para el estudio técnico de la UPC resulta fundamental para estimar de manera adecuada los costos asociados a la prestación de los servicios y tecnologías financiadas con cargo a la UPC, analizar los patrones de utilización y consumo de servicios de salud, identificar variaciones en el gasto por grupo poblacional y evaluar el impacto financiero de la actualización del PBS. La calidad, oportunidad, consistencia, completitud y representatividad de esta información inciden directamente en la robustez de los resultados del estudio técnico y, por ende, en la adecuada definición del valor de la UPC, en

concordancia con los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad y equidad que rigen el SGSSS.

En cumplimiento de estas disposiciones y con el propósito de contar con información confiable, homogénea y representativa, el MSPS adelanta el estudio técnico para la definición de la UPC que debe ser reportada por las EPS y demás EA de los regímenes Contributivo y Subsidiado. Este proceso tiene como finalidad, entre otros aspectos, soportar la estimación del valor de la UPC y analizar el comportamiento del gasto en salud en el marco del aseguramiento.

En este sentido, el presente documento establece de manera integral los lineamientos metodológicos, los alcances, las especificaciones técnicas, los criterios de validación y control de calidad, así como los cronogramas y procedimientos operativos para el reporte de la información requerida, incluyendo la información individual de la prestación de servicios y tecnologías en salud financiadas con la UPC. Su observancia es de obligatorio cumplimiento para las EPS y demás EA, y resulta indispensable para el logro de los objetivos del estudio técnico, en tanto permite disponer de información adecuada para la definición de la UPC, el análisis de la suficiencia financiera del aseguramiento y la adopción de decisiones regulatorias basadas en evidencia, sin perjuicio de las acciones administrativas y sancionatorias a que haya lugar en caso de incumplimiento, conforme a la normatividad vigente.

1. Propósito y Objetivos

1.1 Propósito

Con el fin de formular propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, orientadas al ajuste de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), aplicables a los regímenes Contributivo y Subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social adelanta el estudio técnico de la UPC con base en la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA) de ambos regímenes.

En este contexto, resulta fundamental que las EPS y demás EA, en cumplimiento de sus obligaciones normativas, suministren información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, relevante, oportuna y completa, que permita analizar si las primas reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fueron suficientes para financiar los servicios y tecnologías en salud cubiertos con recursos de la UPC. Dicha información constituye el insumo esencial para la realización de los estudios técnicos que soportan las recomendaciones a la Comisión Asesora en relación con el incremento de la UPC según el régimen, la revisión de los mecanismos de ajuste del riesgo y la actualización de los contenidos financiados con cargo a la UPC.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Establecer los lineamientos para conocer la información correspondiente a la prestación de servicios y tecnologías en salud realizadas a la población afiliada a las EPS y demás EA del Sistema General de Seguridad Social en Salud durante la vigencia 2026, con el fin de recopilar y analizar información técnica para la evaluación del comportamiento del riesgo en salud y la definición de lineamientos relacionados con la financiación de servicios y tecnologías en salud.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Seguimiento de la morbilidad atendida en las EPS y demás EA del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) Determinar las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud de la población afiliada en cada EPS y demás EA.
- c) Recopilar y analizar información técnica para la evaluación del comportamiento del riesgo en salud
- d) Establecer los lineamientos relacionados con la financiación de servicios y tecnologías en salud.
- e) Analizar los mecanismos de ajuste del riesgo que inciden en el gasto de la UPC en los regímenes Contributivo y Subsidiado.

2. Marco Normativo

2.1 Fundamento legal del estudio técnico de la UPC

El estudio técnico para la definición y actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se sustenta en el marco normativo que regula el funcionamiento, la financiación y la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En particular, la Ley 100 de 1993² estableció el modelo de aseguramiento en salud y definió la UPC como el mecanismo de reconocimiento per cápita de los recursos destinados a financiar el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 182 y 205 de la Ley 100 de 1993, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, con base en estudios técnicos, los criterios para la determinación y actualización del valor de la UPC, los cuales deben reflejar el comportamiento real del gasto en salud, así como las condiciones demográficas, epidemiológicas y de riesgo de la población afiliada. Dichos estudios se adelantan de manera periódica, como mínimo una vez al año, y consideran los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo a la UPC, junto con los cambios en el perfil de utilización de los servicios³.

Esta obligación fue desarrollada y sistematizada en el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual establece que la definición de la UPC debe sustentarse en información técnica, financiera y epidemiológica confiable, consistente y representativa.

Adicionalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, al reconocer la salud como un derecho fundamental autónomo, refuerza la obligación del Estado de adoptar decisiones regulatorias basadas en evidencia técnica suficiente, orientadas a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y la prestación continua de los servicios de salud. En este contexto, el estudio técnico de la UPC constituye un instrumento esencial para el cumplimiento de los fines del SGSSS y la adecuada financiación del PBS.

2.2 Obligación de reporte de información

² "Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones"

³ 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.

El reporte de información requerido para el estudio técnico de la UPC constituye una obligación legal para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA), en virtud de las funciones de dirección, regulación, inspección, vigilancia y control asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

El artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 establece la obligación de las entidades responsables del aseguramiento de suministrar de manera oportuna, completa y veraz la información necesaria para el análisis, seguimiento y evaluación del SGSSS, incluyendo aquella relacionada con la prestación de servicios de salud, el comportamiento del gasto y los costos asociados a las tecnologías financiadas con cargo a la UPC. Esta obligación comprende tanto la información técnica como la información financiera requerida para los estudios técnicos de cálculo de la UPC.

En este sentido, la información solicitada mediante el presente documento se enmarca en las competencias legales del Ministerio y tiene como fin de recopilar y analizar información técnica para la evaluación del comportamiento del riesgo en salud y la definición de lineamientos relacionados con la financiación de servicios y tecnologías en salud.

2.3 Responsabilidad de las EPS y demás EA

Las EPS y demás EA son responsables de garantizar la calidad, consistencia, completitud y oportunidad de la información reportada para el estudio técnico de la UPC. Esta responsabilidad se deriva de su rol como agentes del aseguramiento en salud y de su obligación de administrar adecuadamente los recursos públicos destinados a la financiación del PBS.

De conformidad con la normativa vigente, las entidades responsables del reporte deben asegurar que la información suministrada refleje de manera fidedigna la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiados con la UPC, así como los costos asociados, atendiendo las especificaciones técnicas y los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, deberán disponer de mecanismos internos de control, validación y trazabilidad que garanticen la confiabilidad de los datos reportados.

En este contexto, el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 establece expresamente el deber de las Entidades Promotoras de Salud y demás agentes del sistema de proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos:

"ARTÍCULO 114. OBLIGACIÓN DE REPORTAR. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de 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, 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".

Disposición que ha sido reiterada en la normatividad expedida para la fijación y actualización de la UPC, conforme se detalla en la Tabla 1.

En el mismo sentido, el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 contempla como infracción administrativa no reportar la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia:

*"ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019> **La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada**, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:*

(...)

11. No reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y aquella que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias".

Tabla 1 - Normatividad aplicable a servicios y tecnologías en salud financiados con recursos UPC del RC y RS

NORMA	TEMA O ASUNTO
Resolución 5261 de 1994	"Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud"
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Resolución 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 - CNSSS	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004	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

NORMA	TEMA O ASUNTO
Circular Externa 010 De 2006	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 255 de 2007	Por la cual se adopta el Código Único Nacional de Medicamentos, CUM.
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 009 de 2009 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 012 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capacitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud mediante la unificación de los Planes de Beneficio de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 013 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 019 de 2010 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 De 2011 De la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 028 de 2011 De la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 029 de 2011 de la CRES	Se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 030 de 2011 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.

NORMA	TEMA O ASUNTO
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 y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Resolución 4480 de 2012	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	Por la cual se corrige un error simplemente formal de carácter aritmético contenido en la Resolución número 4480 de 2012, "por la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5521 de 2013	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 5522 de 2013	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1952 de 2014	Por la cual se reconoce una prima adicional para zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2739 de 2014	Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5729 de 2014	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5925 de 2014	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.
Resolución 5968 de 2014	Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.
Resolución 4678 de 2015	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1352 de 2016	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.
Decreto 780 de 2016 - Presidencia	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.
Resolución 5975 de 2016	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.

NORMA	TEMA O ASUNTO
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 6411 de 2016	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones".
Resolución 374 de 2017	Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 1132 de 2017	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015".
Resolución 5171 de 2017	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5268 de 2017	"Por la cual Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones".
Resolución 5269 de 2017	"Por la cual Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)".
Resolución 5858 de 2018	"Por la cual Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2019 y se dictan otras disposiciones".
Resolución 5857 de 2018	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3311 de 2018	Por la cual se define el estándar de datos de medicamentos de uso humano en Colombia y se dictan otras disposiciones,
Resolución 2481 de 2020	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 3513 de 2019	Por la cual se fijan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2481 de 2020	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2503 de 2020	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 2238 de 2020	Por la cual se actualiza la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.
Resolución 126 de 2021	Por la cual se modifica la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de incluir el procedimiento de administración de la vacuna contra el SARS CoV 2 [COVID-19].
Resolución 2381 de 2021	Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2292 de 2021	Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 2077 de 2021	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.

NORMA	TEMA O ASUNTO
Resolución 2808 de 2022	Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 2809 de 2022	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiara los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones.
Circular 13 de julio 25 De 2022	Por la cual se establece el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, se fija el precio máximo de venta y el precio por unidad de regulación de Medicamentos Vitales No Disponibles y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2336 de 2023	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS.
Resolución 2364 de 2023	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la Vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1425 de 2024	Por la cual se modifica el artículo 24 de la Resolución 2364 de 2023 que fijó el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la Vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones".
Circular 19 de mayo 30 De 2024	Por la cual se actualiza el precio máximo de venta de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios.
Resolución 2641 de 2024	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS.
Resolución 2689 de 2024	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 " <i>Lista tabular</i> " de la Resolución 2641 de 2024 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS.
Resolución 2717 de 2024	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2718 de 2024	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Resolución 037 de 2024	Por la cual se modifica el artículo 18 de la Resolución de 2717 de 2024.
Resolución 2764 de 2025	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2765 de 2025	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Así mismo, el artículo 122 de la Ley 1438 de 2011 dispone la obligación de presentar información financiera consolidada para efectos de la vigilancia y control del sistema, mientras que el artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que los agentes del sistema deben suministrar al Ministerio de Salud y Protección Social la información que este requiera, en los términos y condiciones que se determinen.

2.4 Régimen sancionatorio por incumplimiento

El incumplimiento de las obligaciones de reporte de información, así como el suministro de información incompleta, inconsistente, inoportuna o que no corresponda a la realidad de la prestación de los servicios, da lugar a la aplicación de las medidas administrativas y sancionatorias previstas en la normativa vigente.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 modificada por la Ley 1949 de 2019 y las disposiciones concordantes del Decreto 780 de 2016, las EPS y demás EA están sujetas a las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo la imposición de sanciones cuando se evidencie el incumplimiento de las obligaciones legales y regulatorias.

En particular, el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, tipifica como infracción administrativa no reportar la información solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de las demás acciones administrativas, fiscales o penales a que haya lugar, conforme a la normativa aplicable.

2.5 Normatividad histórica aplicable a la UPC

La definición y actualización de la UPC ha sido objeto de un desarrollo normativo progresivo, orientado a ajustar el valor per cápita del aseguramiento a las condiciones cambiantes del sistema de salud, la evolución del Plan de Beneficios en Salud y el comportamiento del gasto en salud.

2.5.1 Resoluciones de fijación de la UPC

Anualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social expide las resoluciones mediante las cuales se fija el valor de la UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo, con base en los resultados de los estudios técnicos adelantados para cada vigencia. Estas resoluciones establecen los valores per cápita por régimen, edad, sexo y municipios de afiliación, de acuerdo con criterios técnicos definidos.

Las resoluciones de fijación de la UPC constituyen el principal instrumento regulatorio para la financiación del PBS y reflejan los resultados del análisis del

gasto en salud, la suficiencia de los recursos y la gestión del riesgo en el aseguramiento. En ellas se reitera de manera sistemática el deber de las EPS y demás EA de reportar información con calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia, conforme se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2 - Detalle Resoluciones mediante las cuales se ha fijado la UPC

NO. RESOLUCIÓN	EPÍGRAFE	DEBER SOBRE EL REPORTE INFORMACIÓN
Resolución 5522 del 27 de diciembre de 2013	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación - UPC, del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 14
Resolución 5925 del 23 de diciembre de 2014	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación (UPC) del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones".	Artículo 20
Resolución 5593 del 24 de diciembre de 2015	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación (UPC) para cobertura del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 22
Resolución 6411 del 26 de diciembre de 2016	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación -UPC para la cobertura del plan de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 22
Resolución 5268 del 22 de diciembre de 2017	"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".	Artículo 23
Resolución 5858 del 26 de diciembre 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".	Artículo 18
Resolución 3513 del 26 de diciembre de 2019	"por la cual se fijan los recursos de la unidad de pago por capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2020 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 20
Resolución 2503 del 28 de diciembre de 2020	"por la cual se fija la unidad de pago por capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 19

NO. RESOLUCIÓN	EPÍGRAFE	DEBER SOBRE EL REPORTE INFORMACIÓN
Resolución 2381 del 21 de diciembre de 2021	"por la cual se fija el valor anual de la unidad de pago por capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 32
Resolución 2809 del 30 de diciembre de 2022	"por la cual se fija el valor anual de la unidad de pago por capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 20
Resolución 2364 del 29 de diciembre de 2023	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del sistema general de seguridad en salud para la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones".	Artículo 22
Resolución 2717 del 30 de diciembre de 2024	"por la cual se fija el valor de la unidad de pago por capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del sistema general de seguridad social en salud en la vigencia 2025 y se dictan otras disposiciones". Nota: Se debe resaltar que esta resolución estableció disposiciones normativas sobre el reporte de la información mensual para el cálculo de la UPC para la vigencia 2026.	Artículo 20
Resolución 2764 de 2025	"por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia 2026 y se dictan otras disposiciones."	Artículo 20

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

2.5.2 Resoluciones de actualización del PBS financiado con UPC

De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social expide las resoluciones mediante las cuales se actualiza el Plan de Beneficios en Salud financiado con cargo a la UPC, incorporando nuevas tecnologías en salud o ajustando las condiciones de cobertura existentes. Estas actualizaciones tienen un impacto directo en el costo del PBS y, por ende, en la definición del valor de la UPC.

En este sentido, las resoluciones de actualización del PBS constituyen un insumo fundamental para los estudios técnicos de la UPC, en tanto permiten identificar los cambios en el alcance de las prestaciones financiadas y evaluar su impacto financiero en el aseguramiento en salud.

3. Alcance

3.1 Período de estudio

El estudio técnico para la definición y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este período constituye la base temporal definida por el MSPS para la recopilación, validación y análisis de la información necesaria para la estimación del costo per cápita del PBS.

La información correspondiente al período de estudio deberá reflejar de manera integral la prestación de los servicios de salud, el uso de las tecnologías financiadas con cargo a la UPC y los costos asociados, de conformidad con las especificaciones técnicas, criterios de calidad y lineamientos metodológicos establecidos en el presente documento.

3.2 Población objeto de análisis

La población objeto del estudio técnico está constituida por los afiliados al SGSSS que hayan estado afiliados por las EPS o EA durante el período de estudio definido.

El análisis considera la población afiliada efectivamente atendida y registrada en los sistemas de información de las EPS y EA, de acuerdo con los criterios técnicos de identificación, validación y depuración establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La información reportada deberá permitir la caracterización de la población afiliada en términos demográficos, epidemiológicos y de riesgo, de manera consistente con los requerimientos del estudio técnico de la UPC y los enfoques de análisis por grupo poblacional y régimen.

3.3 Regímenes incluidos

El estudio técnico de la UPC comprende la información correspondiente a los regímenes Contributivo y Subsidiado del SGSSS, de conformidad con la estructura del aseguramiento en salud definida en la normativa vigente.

En consecuencia, las EPS y demás EA de ambos regímenes deberán reportar la información requerida conforme a las especificaciones técnicas establecidas en el presente documento, con el fin de permitir el análisis agregado y diferenciado del costo del PBS y la estimación del valor de la UPC aplicable a cada régimen, considerando sus particularidades poblacionales, de riesgo y de utilización de servicios.

3.4 Uso de la información para el cálculo de la UPC

La información reportada en el marco del presente documento será utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como insumo fundamental, entre otros, tiene como fin de recopilar y analizar información técnica para la evaluación del comportamiento del riesgo en salud y la definición de lineamientos relacionados con la financiación de servicios y tecnologías en salud.

4. Cronograma del proceso de reporte y validación de la información

El presente capítulo establece el cronograma oficial para el reporte, validación y ajuste de la información requerida para el estudio técnico de la Unidad de Pago por Capitación. El cumplimiento estricto de los plazos definidos constituye un requisito indispensable para garantizar la oportunidad del análisis técnico y la adecuada consolidación de la información del período de estudio.

4.1 Periodo de información a reportar

El reporte de información corresponderá a los servicios y tecnologías en salud prestados durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre 2026. El reporte se debe realizar de forma trimestral y acumulativa, incluyendo las autorizaciones que se hayan generado y que al corte no se hayan facturado, así:

Periodo de reporte de la. Información		Periodo de recepción del archivo	
Fecha inicial	fecha final y fecha de corte	fecha inicial	fecha final
1/01/2026	31/03/2026	abril 20 de 2026	abril 30 de 2026
1/01/2026	30/06/2026	julio 21 de 2026	julio 31 de 2026
1/01/2026	30/09/2026	octubre 19 de 2026	octubre 31 de 2026
1/01/2026	31/12/2026	enero 18 de 2027	enero 29 de 2027

5. Información requerida

El presente capítulo define el alcance metodológico del requerimiento de información para el estudio técnico de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), así como las características, tipologías y criterios generales que deben cumplir los datos reportados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA). Su propósito es garantizar la homogeneidad, comparabilidad, trazabilidad y completitud de la información que sustenta los análisis técnicos y financieros asociados a la definición y evaluación de la UPC.

En concordancia con el alcance del estudio, la información solicitada comprende los registros asociados a la prestación de servicios y al uso de tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, suministrados a la población afiliada a las EPS y demás EA durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026, así como la información complementaria requerida para la estimación de componentes técnicos específicos.

El alcance de la información incluye el conjunto de registros individuales y agregados asociados a la prestación de servicios y al suministro de tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026, sin perjuicio de los periodos históricos definidos para estimaciones específicas, certificaciones y formatos complementarios, conforme a los requerimientos metodológicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo de la UPC.

5.1 Consideraciones generales del reporte

Para el desarrollo del estudio técnico de la UPC, las EPS y demás EA deberán reportar información desagregada correspondiente a los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y efectivamente suministrados a la población afiliada durante el periodo de estudio. Este reporte constituye el insumo operativo sobre el cual se estructuran los análisis de frecuencias y costos asociados.

El reporte de información deberá realizarse conforme a las especificaciones técnicas, tablas de referencia y lineamientos operativos definidos por el MSPS, así como dentro de los plazos establecidos en el cronograma oficial. Con el fin de facilitar el procesamiento y la validación de la información, se recomienda que los archivos remitidos no superen los cuatro millones (4.000.000) de registros por archivo.

La información reportada deberá cumplir con los siguientes criterios mínimos de calidad, indispensables para su validación y uso en el estudio técnico de la UPC:

- Completa:** Los registros deben reflejar la totalidad de los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC durante el período de estudio.
- Consistente:** La información individual, agregada y certificada deberá ser coherente entre sí y con los sistemas de información institucionales.
- Oportuna:** El reporte deberá realizarse dentro de los plazos establecidos en el cronograma definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Veraz:** Los registros deberán corresponder con la prestación real de los servicios y los costos reconocidos.
- Trazable:** Cada registro deberá permitir su seguimiento desde la prestación del servicio hasta su reporte final, mediante identificadores consistentes y verificables.
- Homogénea:** Los datos deberán ajustarse a las definiciones, estructuras y catálogos de referencia establecidos, garantizando la comparabilidad entre entidades y regímenes.
- Confiable:** La información deberá ser veraz, fidedigna y explicable, soportada en mecanismos internos de validación y control.

El cumplimiento de estos criterios es requisito para la validación y consolidación de la información en el marco del estudio técnico de la UPC.

5.2 Fuente de datos

Los registros individuales deberán obtenerse directamente de los sistemas de información de las EPS y demás EA e incluirán, para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026:

- Procedimientos realizados.
- Medicamentos dispensados o administrados.
- Insumos y dispositivos médicos suministrados.

La unidad mínima de reporte corresponderá a un (1) procedimiento realizado, un (1) medicamento dispensado o un (1) insumo o dispositivo médico suministrado, asociado a:

- Una persona plenamente identificada.
- Una fecha específica de prestación o entrega.

Cuando en una misma fecha se presten o suministren múltiples servicios o tecnologías a un mismo afiliado, cada uno deberá registrarse de manera individual, utilizando el código correspondiente conforme a las tablas de referencia vigentes.

Cada registro deberá contener un único tipo de servicio o tecnología en salud y cumplir con las reglas de validación técnica y de consistencia, entre ellas:

- Identificación válida del afiliado.
- Correspondencia con el período de estudio.
- Uso de códigos autorizados y vigentes.
- Coherencia entre el tipo de servicio o tecnología y el valor reportado.
- Completitud de los campos obligatorios.

El incumplimiento de estas condiciones podrá generar observaciones o el rechazo del registro durante el proceso de validación y control de calidad de la información.

5.3 Tablas de referencia

Las tablas de referencia aplicables al presente reporte son de uso obligatorio y se encuentran disponibles en el portal institucional del Ministerio de Salud y Protección Social, en el micrositio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC):

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

Estas tablas contienen, entre otros, los códigos y clasificaciones requeridos para el reporte. Las EPS y demás EA deberán garantizar el uso de las versiones vigentes de las tablas de referencia durante todo el proceso de reporte.

5.3.1 Información de identificación

5.3.1.1 Características de los archivos

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

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

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.1.2 Archivo Estudio Técnico UPC

Tabla 3 - Nombre del archivo Estudio Técnico UPC

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre Estudio técnico UPC	SUF140ESUFAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxR99.txt	39

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Tabla 4 - Estructura y especificación del nombre de los archivos

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	SUF	Identificador del módulo de información: Registro de prestación de servicios.	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	ESUF	Información para el Estudio técnico UPC	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI

Número de identificación de la entidad reportante	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	R	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: C: Contributivo S: Subsidiado M: Movilidad al Subsidiado V: Movilidad al Contributivo	1	SI
Consecutivo del número del archivo enviado	99	Corresponde al número de archivo que está enviando la EPS, es decir 01, 02,03. Si envía un solo archivo debe colocar 01. Si está enviando más de un archivo coloque el consecutivo para cada uno.	2	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.1.3 Archivo Soportes Documentales Digitalizados

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

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

Tabla 5 - Nombre del archivo soportes documentales digitalizados

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo con soportes documentales digitalizados asociados a la información formato de cobertura y declaración del costo	SUF140SOCDAAAAMDDNIXxxxxxxxxx.DAT	36

Tabla 6 - Nombre de archivos de soportes documentales digitalizados

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud

Archivo de soporte documental digitalizado	NIXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.PDF	23
--	---------------------------	----

Tabla 7 - Estructura del archivo de soportes documentales digitalizados

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud Fija	Obligatorio
Módulo de Información	SUF	Identificador del módulo de información en este Ministerio para REC: Reportes de Control	3	SI
Tipo de fuente	140	Fuente de la Información – EPS Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas - EA	3	SI
Tema de información	SOCD	Soportes documentales digitalizados asociados	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. Ejemplo, La fecha valida es 20261231.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXX X	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Extensión del archivo	.DAT	Extensión del archivo, es un archivo comprimido en formato .ZIP y renombrada la extensión a .DAT.	4	SI

5.3.2 Tipologías

Para el correcto diligenciamiento de los archivos planos, las EPS y demás EA deberán utilizar las tablas de referencia oficiales definidas por el Ministerio de

Salud y Protección Social, las cuales establecen los valores válidos para los campos codificados incluidos en los diferentes tipos de registro.

El uso de tablas de referencia actualizadas es obligatorio y constituye un requisito indispensable para la validación técnica de la información reportada. La utilización de códigos no válidos, desactualizados o inconsistentes podrá generar observaciones y requerimientos de ajuste, conforme a los procedimientos de validación establecidos.

El archivo de la información para el estudio técnico está compuesto por los siguientes tipos de registros:

Tabla 8 - Tipos de registros

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle para el reporte de: procedimientos realizados que se encuentran dentro de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Tecnologías en Salud del Anexo 1 de la Resolución 2765 de 2025, dispensadas en la vigencia 2026, bajo el Código Único de Medicamentos (CUM), el código para productos de soporte nutricional o el indicado en el Anexo 1	Obligatorio
Tipo 5	Registro de detalle Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025, Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025, Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (Medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 8	Registro de detalle de insumos y dispositivos médicos: lentes, monturas, estent duodenal, estent coronario recubierto o medicado y estent coronario convencional o no recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	Obligatorio
Tipo 9	Registro de detalle Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025, para el reconocimiento de Preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis con recursos de la UPC.	Obligatorio
Tipo 10	Registro del detalle de los datos de las personas atendidas que hacen referencia a los campos obligatorios que identifican al paciente, con el fin de realizar seguimiento para la facturación electrónica y el seguimiento asistencial.	Obligatorio

5.3.3 Aspectos importantes a tener en cuenta en la construcción de los archivos planos

5.3.3.1 Campos de Tipo de identificación de la persona que recibió el servicio

Detalla las longitudes máximas según el tipo de documento:

Tabla 9 - Longitudes máximas según 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 = 16 posiciones
SC = 16 posiciones	PE = 15 posiciones	CN = 9 a 20 posiciones	DE = 20 posiciones
PT = 20 posiciones	SI = 20 posiciones		

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Para las personas mayores de 18 años de nacionalidad colombiana, el documento válido de identificación será la cédula de ciudadanía.

Los extranjeros que se encuentren en tránsito o de manera temporal en el país deberán identificarse mediante pasaporte; en el caso de extranjeros residentes o con permiso de permanencia, el documento válido será la cédula de extranjería.

Los menores de edad entre 7 y 17 años deberán identificarse con la tarjeta de identidad, mientras que para los niños menores de 7 años el documento de identificación 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 No. 812 de 2007, se entiende como recién nacido SIN IDENTIFICAR al menor nacido vivo con una edad menor o igual a treinta (30) días.

Según el mismo anexo, el tipo de documento MS lo puede utilizar el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado, el Régimen de Excepción, Medicina Prepagada, Seguros de Salud y Planes Complementarios de Salud, para el

afiliado menor de edad recién nacido vivo SIN IDENTIFICAR con edad menor o igual a 30 días, mientras se registra ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.

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

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

Tabla 10 - Identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del Estado Civil, (Anexo Técnico de la Resolución 812 de 2007)

Condición	Tipo Documento	Longitud Máxima del Dato	Composición del Número de Identificación
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 S 8125
Comunidad Indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej.: 76001 I 8125
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej.: 05001 D 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej.: 25001 A 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej.: 080014 I 8125.
Población indigente menor de edad que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej.: 05001 D 0008

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.2 Campo Valor cuota Moderadora y Valor Copago

El valor por 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.

5.3.3.3 Campo del código del procedimiento de actividades diferenciales indígenas

Este numeral establece los códigos de reporte aplicables a las actividades, servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) correspondientes al Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas (EPSI), con el fin de garantizar la correcta identificación, clasificación y trazabilidad de la información reportada en el marco del estudio técnico de la UPC.

Tabla 11 - Códigos de reporte de actividades de servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC - EPSI

Código	PROCEDIMIENTO
S50001	Casa de paso
S50002	Guías Bilingües
S50003	Acciones individuales de medicina tradicional
S50004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S50005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S50007	Transporte urbano
S50008	Transporte intermunicipal terrestre
S50009	Transporte intermunicipal fluvial

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.4 Campo Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento

El valor de los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos deberá registrarse de acuerdo con la modalidad de contratación bajo la cual fue reconocida o pagada la prestación del servicio de salud, garantizando la correspondencia entre el valor reportado, el tipo de contrato y la información financiera efectivamente registrada por la entidad.

Tabla 12 - Forma de Pago

FORMA DE PAGO	DEFINICIÓN	PROCEDIMIENTO
PAGO POR EVENTO	<p>Es el reconocimiento más desagregado por los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos.</p>	<p>Registrar el valor individual reconocido por la aseguradora, por cada uno de los procedimientos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos.</p> <p>En el caso de dispositivos médicos registrar el valor agregado de los dispositivos médicos suministrados para un mismo procedimiento.</p> <p>En el caso de los procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios o servicios profesionales o valoraciones por médico general o especialista y derechos de sala de cirugía, parto y recuperación. • El valor de los laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos se deben registrar en el código correspondiente al procedimiento. • En los procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. • En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales y dispositivos médicos.

PAGO POR CASO

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

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

PAGO GLOBAL PROSPECTIVO

Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

Registrar el valor de acuerdo con el acuerdo de voluntades para cada usuario que pertenece al pago global prospectivo.

CAPITACIÓN

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

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

5.3.3.5 Campos Transporte en Zonas Dispersas

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

Tabla 13 - Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas

Código	Descripción
T34002	TRANSPORTE NO ASISTENCIAL ACUATICO EN ZONA DE DISPERSION
T34003	TRANSPORTE NO ASISTENCIAL AÉREO EN ZONA DE DISPERSION

T34004

TRANSPORTE NO ASISTENCIAL TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSION

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Estas actividades se deben reportar en la estructura definida en el numeral 1.3.2 Registro Tipo 2, con las siguientes características:

Tabla 14 - Estructura reporte de Transporte Zonas Dispersas

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

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.6 Reporte archivo prestadores de dispositivos médicos, medicamentos, oxígeno y transportes

Para los proveedores de dispositivos médicos, medicamentos, oxígeno y transportes que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se deben reportar con el **NIT**, de la siguiente manera:

Escribir el Número de Identificación Tributaria sin puntos ni guiones ni dígito de verificación anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo 1: Drogas Más Baratas NIT 891180008

Código Reporte N891180008

Se debe cargar el archivo en la plataforma SIREPS, por la opción 3. Cargue de REPS el cual debe contener la siguiente información: CODIGO_EPS, NUM_NIT, RAZON_SOCIAL, DEPARTAMENTO_MUNICIPIO, CORREO ELECTRÓNICO, DIRECCIÓN, TELÉFONO y DESCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR.

**Esta información será verificada y debe corresponder a un NIT existentes en la DIAN, de lo contrario no serán válidos.

EPS	NIT	Razón Social	Dpto.	Email	Dirección	Teléfono	Descripción Proveedor
			MUNICIPIO				

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.1 Registro Tipo 1 – Registro de control

Es el primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.

Tabla 15 - Estructura Registro Tipo 1 - Registro de control

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

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

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

Ejemplo:

Nombre del archivo: SUF140ESUF20261231NI000800XXXXX0C01
 Registro Control: 1;EPS0XX;2026-01-01;2026-12-31;XXX

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

5.3.3.2 Registro Tipo 2 – Detalle de los procedimientos

Este registro incluye el detalle de los procedimientos realizados que se encuentran dentro de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Nota Aclaratoria:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor para 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.

Tabla 16 - Estructura Registro Tipo 2 - Detalle de los procedimientos

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	2: Indica que el registro es de Procedimientos	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	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 / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	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 PT: Permiso por Protección Temporal	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	<p>Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2026, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo:</p> <p>CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.</p> <p>**El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y número de documento presentado en este archivo.</p>	SI
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	<p>Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.</p> <p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	<p>Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación / AMBITO	1	T	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.</p> <p>C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un periodo de tiempo determinado.</p> <p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	
9	Valor del Procedimiento / VALOR	10	N	Corresponde al valor del procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la cuota moderadora, ni el copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
10	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI
11	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
12	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
13	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	11	A	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI
14	Código único de validación / CUV	128	A	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.	
15	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia, según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
16	Fecha Servicio Efectivamente Prestado / FECHA_SERVICIO	10	F	Formato: AAAA-MM-DD. En los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia, corresponde a la fecha de realización de la atención. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización. Cuando la condición final del usuario sea "Paciente fallecido", no debe registrarse una fecha de prestación del servicio posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.	SI
17	Código del procedimiento / COD_CUPS	6	A	La codificación de los procedimientos debe realizarse conforme a lo establecido en los anexos técnicos de la Resolución 2641 de 2024, correspondientes a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y sus modificaciones. Para tal efecto, se deberá utilizar la tabla de referencia vigente dispuesta a través de SISPRO, sin incluir puntos y diligenciando siempre los seis (6) caracteres permitidos. Únicamente podrán emplearse los códigos que se encuentren vigentes para el período de reporte correspondiente.	SI

No	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
18	Fecha de Ingreso / FECHA_INGRESO	10	F	Formato: AAAA-MM-DD. Todos los registros con código de internación en el ámbito hospitalario deberán diligenciar este campo y corresponde a la fecha de ingreso para la estancia o internación. Si se trata de un procedimiento que no tiene estancia o internación, registre 1900-01-01	SI
19	Fecha de Egreso / FECHA_EGRESO	10	F	Formato: AAAA-MM-DD. Todos los registros con código de internación en el ámbito hospitalario deberán diligenciar este campo y corresponde a la fecha de egreso para la estancia o internación. Si el paciente no ha egresado a la fecha de corte del reporte, registre 2026-12-31	SI
20	Modalidad de prestación /MODA_PRESTACION	2	T	IM: Intramural EM: Extramural TM: Telemedicina	SI
21	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación con la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.3 Registro Tipo 3 – Detalle medicamentos

Este registro comprende el detalle de las tecnologías en salud incluidas en el Anexo 1 de la Resolución 2765 de 2025, efectivamente dispensadas durante la vigencia 2026, las cuales deberán ser reportadas utilizando el Código Único de Medicamentos (CUM) o, según corresponda, el código asignado para productos de soporte nutricional o el código específico definido en el Anexo 1 de la citada resolución.

Tabla 17 - Estructura Registro Tipo 3 - Detalle de medicamentos

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	N	<p>Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.</p> <p>Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.</p>	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	<p>MS: Menor sin identificación</p> <p>RC: Registro Civil</p> <p>TI: Tarjeta de Identidad</p> <p>CC: Cédula de Ciudadanía</p> <p>CE: Cédula de Extranjería</p> <p>PA: Pasaporte</p> <p>CD: Carné Diplomático</p> <p>AS: Adulto sin identificación</p> <p>CN: Certificado de nacido vivo</p> <p>SC: Salvo conducto</p> <p>PE: Permiso Especial de Permanencia</p> <p>PT: Permiso por Protección Temporal</p>	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	<p>Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo:</p> <p>CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.</p> <p>**El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y número de documento presentado en este archivo.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	<p>Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.</p> <p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	<p>Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación/ AMBITO	1	T	<p>A: Ambulatorio</p> <p>H: Hospitalario</p> <p>U: Urgencias</p> <p>D: Domiciliario</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	<p>P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.</p> <p>G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.</p> <p>C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.</p> <p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	SI
9	Valor de la tecnología en salud / VALOR	10	N	<p>Corresponde al valor de la tecnología en salud entregada. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Debe reflejar el valor total de la cantidad total dispensada según los días de tratamiento.	
10	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI
11	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR_COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
12	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
13	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	10	N	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI
14	Código único de validación / CUV	128	A	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución 1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.	SI
15	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia. según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
16		10	F	Formato: AAAA-MM-DD.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	Fecha de dispensación de medicamentos y productos nutricionales / FECHA_DISPENSACION			<p>En los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia, corresponde a la fecha de entrega o suministro. En el ámbito hospitalario, o cuando se trata de conjuntos integrales de atención, paquetes o canastas de servicios, se registra la fecha de inicio del suministro. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización.</p> <p>Cuando la condición final del usuario sea ""Paciente fallecido"", no debe registrarse una fecha de suministro posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.</p>	
17	Código de la tecnología en salud dispensada / COD_CUM_IUM	15	A	<p>1.MEDICAMENTOS</p> <p>Todos los medicamentos incluidos en este tipo de reporte deben reportarse mediante su correspondiente Identificador Único de Medicamento (IUM). Identificador Único del Medicamento: un código alfanumérico que permite relacionar el medicamento en su descripción común (MDC), con el medicamento comercial (MCO) y la presentación comercial (MPC).</p> <p>Este código alfanumérico tendrá los caracteres que sean definidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA, y en todo caso se escribirán sin puntos, guiones, tildes, ni espacios. La extensión o longitud máxima admitida será la de quince (15) caracteres consecutivos (Nivel 3).</p> <p>Ejemplo: 1T1014381000100.</p> <p><u>Sí el INVIMA aún no ha asignado IUM, se podrá usar el Código Único de Medicamentos (CUM), que 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.</u></p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se trató la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion).</p> <p>Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p> <p>2. CÓDIGO PARA OTROS PRODUCTOS.</p> <p>Para los cuatro (4) productos que se encuentran en la SECCIÓN B. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS del anexo 1 de medicamentos financiados con recursos de la UPC en la Resolución 2765 de 2025 los códigos a utilizar serán:</p> <p>a. FÓRMULA LÁCTEA INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES EN FORMA FARMACEUTICA POLVO CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE.</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El código a utilizar para el reporte será: V06C</p> <p>b. ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC Composición por gramo: Hierro: 12,5 mg como Hierro elemental, preferiblemente encapsulado como fumarato ferroso; Vitamina A (Retinol): 300 mcg; Zinc: 5 mg preferiblemente como Gluconato de Zinc. Adicionalmente puede contener otras vitaminas y minerales. POLVO SEGÚN GUÍA OMS PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES.</p> <p>El código a utilizar para el reporte será: V06DX</p> <p>c. FÓRMULA TERAPÉUTICA LISTA PARA CONSUMIR (FTLC). El código a utilizar será el que corresponda a este producto según la tabla de referencia para productos nutricionales disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx PARA PACIENTES PEDIATRICOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD EN EL MANEJO NUTRICIONAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA, MODERADA Y SEVERA.</p> <p>d. ALIMENTOS CON PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECIALES (APME). El código a utilizar será el que corresponda a este producto según la tabla de referencia para productos nutricionales disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx PARA USO EXCLUSIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.</p> <p>3. MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND), FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC.</p> <p>Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM).</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>4. PREPARACIONES MAGISTRALES.</p> <p>En el reporte de información para el estudio técnico en lo correspondiente a preparaciones magistrales (incluyendo las formulaciones extemporáneas) consideradas como financiadas con recursos de la UPC, se deben reportar los IUM o CUM según corresponda, cantidades y valores de cada uno de los medicamentos utilizados en dicha fabricación. Los IUM o CUM reportados deben corresponder a medicamentos financiados con recursos de la UPC.</p>	
18	Cantidad dispensada / CANT_DISPENSADA	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial. Por ejemplo, en la dispensación o administración de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas dispensadas independientemente del tamaño o cantidad de la caja.</p> <p>Ver ejemplo en la ilustración No. 1 Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</p> <p>Número de unidades de la forma farmacéutica para medicamentos o las Unidades de presentación comercial de los APME o de otros productos financiados, dispensadas o administradas a los usuarios. Para APME el código de reporte se define en la tabla de referencia para productos nutricionales disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, según la presentación comercial,</p>	SI

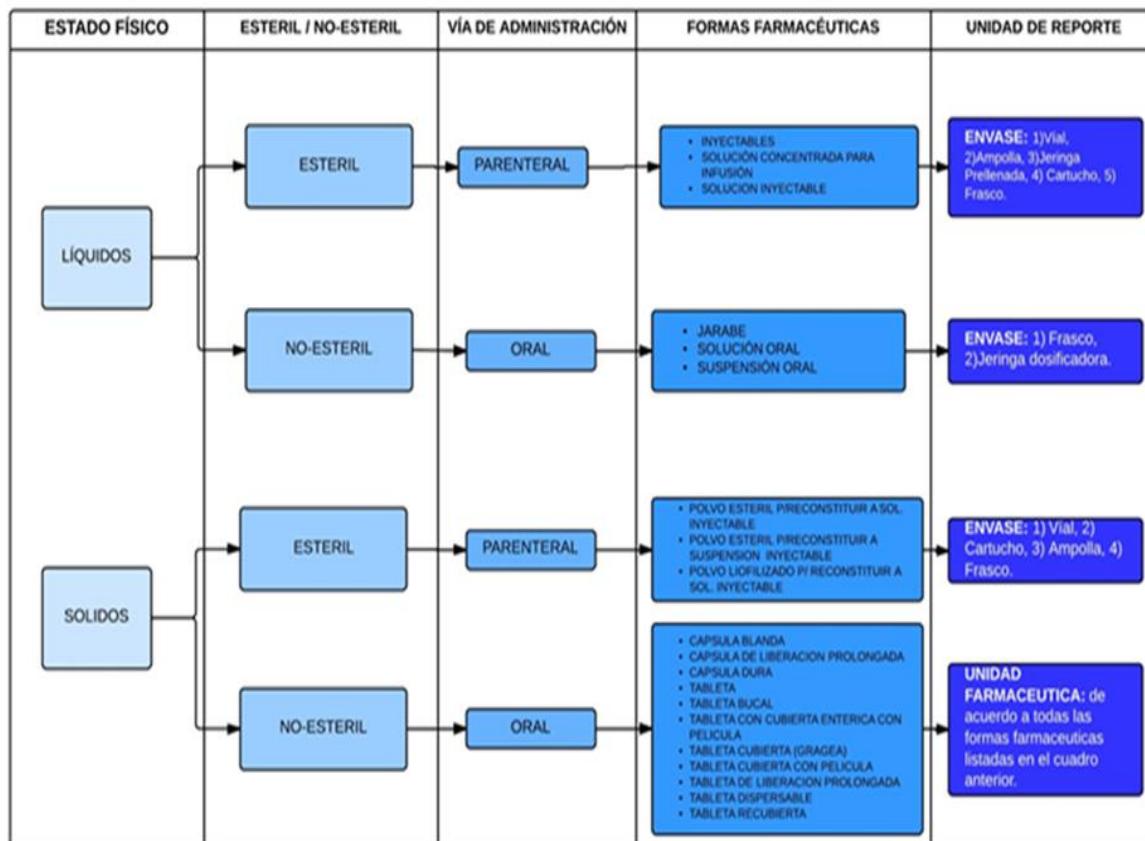
Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				por tanto, debe corresponder el código con lo dispensado. En los registros de este campo siempre debe estar diligenciado con un número entero diferente de cero (0).	
19	Días de tratamiento / DIAS_TRATAMIENTO	3	N	<p>Expresado en días (completos).</p> <p>Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción de la tecnología en salud (medicamentos o la prescripción/ordenamiento de productos de soporte nutricional). La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben 5 dosis cada 6 horas (30 horas en total de tratamiento) los días de tratamiento serán (2) dos. Si se prescribe por ejemplo un inhalador, los días de tratamiento deberán ser aquellos para los cuales prescribe la tecnología en salud, de forma independiente a que pueda quedar un excedente de medicamento en dicha unidad mínima de dispensación.</p> <p>En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.</p> <p>NO SE DEBEN REPORTAR MESES. Cuando la prescripción se realiza para 1, 2, 3 o más meses el número a reportar será en los días equivalentes a esos meses de tratamiento, es decir, será 30, 60, 90 días etc.</p>	SI
20	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación con la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Nota aclaratoria:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor para reportar en el campo Valor corresponde SOLO al valor del procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la cuota moderadora, ni el copago.
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

Ilustración 1 Reporte según forma farmacéutica



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.

5.3.3.4 Registro Tipo 5 – Detalle Art.109 - Res. 2765/25 (Procedimientos)

Este registro comprende el detalle del Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025, en lo referente al reconocimiento de servicios y tecnologías (procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.

Tabla 18 - Estructura Registro Tipo 5 – Detalle Artículo 109 Resolución 2765/25 (procedimientos)

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	5: Indica que el registro es de Procedimientos no UPC	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	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 / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	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 PT: Permiso por Protección Temporal	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>documento de identificación según su tipo:</p> <p>CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.</p> <p>**El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y número de documento presentado en este archivo.</p>	
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	<p>Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.</p> <p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación / AMBITO	1	T	<p>A: Ambulatorio</p> <p>H: Hospitalario</p> <p>U: Urgencias</p> <p>D: Domiciliario</p>	SI
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	<p>P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.</p>	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.</p> <p>C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.</p> <p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	
9	Valor del procedimiento NO descrito en los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se	10	N	Corresponde al valor del procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la cuota moderadora, ni el copago.	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	realiza la comparación) / VALOR_NO_UPC			Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.	
10	Valor del procedimiento descrito en los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / VALOR	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles.	SI
				Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar se debe registrar cero (0).	
11	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI
12	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR_COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
13	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
14	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	11	A	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
15	Código único de validación / CUV	128	A	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución 1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.	SI
16	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia. según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
17	Fecha de prestación de I Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC. / FECHA_SERVICIO	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD.</p> <p>En los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia, corresponde a la fecha de realización de la atención. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización.</p> <p>Cuando la condición final del usuario sea "Paciente fallecido", no debe registrarse una fecha de prestación del servicio posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.</p>	SI
18	Código del Procedimiento NO contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de	6	A	La codificación de los procedimientos debe realizarse conforme a lo establecido en los anexos técnicos de la	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	la UPC / COD_CUPS_NO_UPC			<p>Resolución 2641 de 2024, correspondientes a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y sus modificaciones.</p> <p>Para tal efecto, se deberá utilizar la tabla de referencia vigente dispuesta a través de SISPRO, sin incluir puntos y diligenciando siempre los seis (6) caracteres permitidos.</p> <p>Únicamente podrán emplearse los códigos que se encuentren vigentes para el período de reporte correspondiente.</p>	
19	Código del Procedimiento contenido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC / COD_CUPS	6	A	<p>La codificación de los procedimientos debe realizarse conforme a lo establecido en los anexos técnicos de la Resolución 2641 de 2024, correspondientes a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y sus modificaciones.</p> <p>Para tal efecto, se deberá utilizar la tabla de referencia vigente dispuesta a través de SISPRO, sin incluir puntos y diligenciando siempre los seis (6) caracteres permitidos.</p> <p>Únicamente podrán emplearse los códigos que se encuentren vigentes para el período de reporte correspondiente.</p>	SI
20	Fecha de Ingreso / FECHA_INGRESO	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD.</p> <p>Todos los registros con código de internación en el ámbito hospitalario deberán diligenciar este campo y corresponde a la fecha de ingreso para la estancia o internación. Si se trata de un procedimiento que no tiene estancia o internación, registre 1900-01-01</p>	SI
21		10	F	Formato: AAAA-MM-DD.	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	Fecha de Egreso / FECHA_EGRESO			Todos los registros con código de internación en el ámbito hospitalario deberán diligenciar este campo y corresponde a la fecha de egreso para la estancia o internación. Si el paciente no ha egresado a la fecha de corte del reporte, registre 2025-12-31	
22	Modalidad de prestación /MODA_PRESTACION	2	T	IM: Intramural EM: Extramural TM: Telemedicina	SI
23	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación con la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Nota aclaratoria:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor para reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

**5.3.3.5 Registro Tipo 6 – Detalle Art.109 - Res.2765/25
(Medicamentos)**

Este registro comprende el detalle del Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025, en lo referente al reconocimiento de servicios y tecnologías en salud (medicamentos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC.

Tabla 19 - Estructura Registro Tipo 6 – Detalle Artículo 109 Resolución 2765/25
(medicamentos)

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	6: Indica que el registro es de medicamentos NO UPC	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
				Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	MS: Menor sin identificación	SI
				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	
				PT: Permiso por Protección Temporal	
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo:	SI
				CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.	
				**El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Típ o	Valores Permitidos	Requerido
				número de documento presentado en este archivo.	
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	<p>Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.</p> <p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	<p>Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación / AMBITO	1	T	<p>A: Ambulatorio</p> <p>H: Hospitalario</p> <p>U: Urgencias</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Típ o	Valores Permitidos	Requerido
				D: Domiciliario	
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	<p>P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.</p> <p>G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.</p> <p>C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.</p> <p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Valor del medicamentos NO financiado con recursos de la UPC / VALOR_NO_UPC	10	N	<p>Corresponde al valor de la tecnología en salud entregada. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Debe reflejar el valor total de la cantidad total dispensada según los días de tratamiento.</p>	SI
10	Valor del Medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / VALOR	10	N	<p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles ni decimales. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad teórica total reportada en el campo anterior.</p> <p>Este valor dependerá de los precios que maneje cada prestador de servicios o de los precios regulados en caso que el medicamento teórico se encuentre regulado por este régimen.</p> <p>NOTA: es un valor teórico que confirma la aplicación correcta del artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026: "Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC."</p> <p>Se debe evitar simplemente dejar el mismo valor que se reporta para el medicamento no incluido explícitamente en la financiación de recursos de la UPC, si no corresponde a tal valor.</p>	SI
11	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
12	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR_COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
13	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
14	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	11	A	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI
15	Código único de validación / CUV	128	A	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución 1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.	SI
16	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia. según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
17	Fecha de dispensación de medicamentos y	10	F	Formato: AAAA-MM-DD.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
	productos nutricionales / FECHA_DISPENSACION			<p>En los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia, corresponde a la fecha de entrega o suministro. En el ámbito hospitalario, o cuando se trata de conjuntos integrales de atención, paquetes o canastas de servicios, se registra la fecha de inicio del suministro. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización.</p> <p>Cuando la condición final del usuario sea "Paciente fallecido", no debe registrarse una fecha de suministro posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.</p>	
18	Código del medicamento NO financiado con recursos de la UPC./ COD_CUM_NO_UPC	15	A	<p>1. MEDICAMENTOS</p> <p>Todos los medicamentos incluidos en este tipo de reporte deben reportarse mediante su correspondiente Identificador Único de Medicamento (IUM).</p> <p>Identificador Único del Medicamento: un código alfanumérico que permite relacionar el medicamento en su descripción común (MDC), con el medicamento comercial (MCO) y la presentación comercial (MPC).</p> <p>Este código alfanumérico tendrá los caracteres que sean definidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA, y en todo caso se escribirán sin puntos, guiones, tildes, ni espacios. La extensión o longitud máxima admitida será de quince (15) caracteres consecutivos (IUM - Nivel 3).</p> <p>Ejemplo: 1T1014381000100.</p> <p>Sí el INVIMA aún no ha asignado IUM, se podrá usar el Código Único de Medicamentos (CUM), que es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>la clasificación anatómico terapéutica - ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se trámító la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion).</p> <p>Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p> <p>2. CÓDIGO PARA OTROS PRODUCTOS.</p> <p>Para los cuatro (4) productos que se encuentran en la SECCIÓN B. FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS del anexo 1 de medicamentos financiados con recursos de la UPC en la Resolución 2765 de 2025 los códigos a utilizar serán:</p> <p>a. FÓRMULA LÁCTEA INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES EN FORMA FARMACEUTICA POLVO CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE. El código a utilizar para el reporte será: V06C</p> <p>b. ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC Composición por gramo: Hierro: 12,5 mg como Hierro elemental,</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>preferiblemente encapsulado como fumarato ferroso; Vitamina A (Retinol): 300 mcg; Zinc: 5 mg preferiblemente como Gluconato de Zinc. Adicionalmente puede contener otras vitaminas y minerales. POLVO SEGÚN GUÍA OMS PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES. El código a utilizar para el reporte será: V06DX</p> <p>c. FÓRMULA TERAPÉUTICA LISTA PARA CONSUMIR (FTLC). El código a utilizar será el que corresponda a este producto según la tabla de referencia para productos nutricionales disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx PARA PACIENTES PEDIATRICOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD EN EL MANEJO NUTRICIONAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA, MODERADA Y SEVERA.</p> <p>d. ALIMENTOS CON PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECIALES (APME). El código a utilizar será el que corresponda a este producto según la tabla de referencia para productos nutricionales disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx PARA USO EXCLUSIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.</p> <p>3. MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES (MVND), FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC. Únicamente para aquellos MVND que no tienen CUM, el correspondiente reporte deberá ser realizado utilizando el Identificador Único de Medicamento (IUM)</p> <p>4. PREPARACIONES MAGISTRALES. En el reporte de información para el estudio técnico en lo correspondiente a preparaciones magistrales (incluyendo las formulaciones extemporáneas) consideradas como financiadas con recursos de la UPC, se deben reportar los IUM o CUM según corresponda, cantidades y valores de cada uno de los</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				medicamentos utilizados en dicha fabricación. Los IUM o CUM reportados deben corresponder a medicamentos financiados con recursos de la UPC.	
19	Número consecutivo o Código de Medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / COD_CUM	20	A	<p>Número consecutivo para los medicamentos de la sección A1 o Código ATC para medicamentos de la sección A2 tal y como aparece en la Resolución 2765 de 2025 del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que teóricamente se reemplazó con el medicamento NO incluido. Cuando aparecen varios códigos ATC en la resolución, deberá escoger el que corresponda al uso que se le dio al medicamento.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas según lo descrito en la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>a. "Acemetacina incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de liberación modificada. El código a reportar en este campo es el número consecutivo que aparece para acemetacina: 7</p> <p>b. Factor VIII de la coagulación incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas.</p> <p>El código a reportar en este campo es el número consecutivo que aparece para factor VIII de la coagulación: 456</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y formas farmacéuticas específicas, según la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>e. TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas</p> <p>El código a reportar en este campo es el número consecutivo que aparece para trimetoprim + sulfametoxazol: 1087</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo 3. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>f. ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas</p> <p>Si se compara los medicamentos no incluidos en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) contra por ejemplo una Heparina de Bajo Peso molecular (HBPM). Esta HBPM se encuentra incluida en el subgrupo de referencia que si tiene código ATC B01AB- GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS, sin embargo, debe reportarse el código ATC completo que identifica el principio activo que hace parte del subgrupo, es decir la HBPM específica.</p> <p>Los códigos ATC de los principios activos que conforman el subgrupo de referencia se pueden consultar por el código ATC del subgrupo de referencia en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</p> <p>Para el caso del ejemplo, si se trata de Enoxaparina, aunque se encuentre descrita en la Resolución 2765 de 2025 bajo el código B01AB que describe el subgrupo de referencia de las heparinas, mono fármacos; el código a reportar en este campo debe ser: B01AB05 que identifica específicamente a la enoxaparina.</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Típ o	Valores Permitidos	Requerido
20	Cantidad dispensada del medicamento NO contenido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC / CANT_DISPENSADA	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial. Por ejemplo, en la dispensación o administración de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas dispensadas independientemente del tamaño o cantidad de la caja.</p> <p>Ver Aclaración en la ilustración No. 1 Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</p> <p>Número de unidades de la forma farmacéutica dispensadas o administradas a los usuarios. En los registros de medicamentos y este campo siempre debe estar diligenciado con un número entero diferente de cero (0).</p>	SI
21	Días de tratamiento / DIAS_TRATAMIENTO	3	N	<p>Expresado en días (completos).</p> <p>Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción de la tecnología en salud (medicamentos o la prescripción/ordenamiento de productos de soporte nutricional). La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben 5 dosis cada 6 horas (30 horas en total de tratamiento) los días de tratamiento serán (2) dos. Si se prescribe por ejemplo un inhalador, los días de tratamiento deberán ser aquellos para los cuales prescribe la tecnología en salud, de forma</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>independiente a que pueda quedar un excedente de medicamento en dicha unidad mínima de dispensación.</p> <p>En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.</p> <p>NO SE DEBEN REPORTAR MESES. Cuando la prescripción se realiza para 1, 2, 3 o más meses el número a reportar será en los días equivalentes a esos meses de tratamiento, es decir, será 30, 60, 90 días etc.</p>	
22	Concentración del medicamento descrito Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / CONCENTRACION_MED_UPC	20	A	<p>Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico (Tableta, cápsula, ampolla, vial) que se está reemplazando.</p> <p>En el caso de combinaciones a dosis fijas de principios activos en un mismo medicamento se debe escribir la cantidad de cada uno de los principios activos según la unidad de concentración que corresponda con la descrita en el campo Forma Farmacéutica, separada de un signo (+) en cada concentración de principio activo. Recuerde expresar la concentración en la mínima unidad de medida, es decir que, si el medicamento comercialmente se presenta como 300 mg/3 mL, equivale a 100 mg/mL.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" Y PARA "SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL" LA CONCENTRACIÓN SE DEBE EXPRESAR COMO "1"</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026. Se debe especificar la concentración del medicamento teórico que se reemplaza:</p> <p>a. "ACEMETACINA incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de liberación modificada " Si se trata por ejemplo de una cápsula de 60mg: El valor a reportar en este campo es: 60</p> <p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo que se habría utilizado pero ajustada por vial. Por ejemplo, si requerían 950 U.I. y el vial es de 1.000 Unidades Internacionales se debe reportar 1.000 U.I. teniendo en cuenta que no se puede dispensar una menor cantidad: El valor a reportar en este campo es: 1000</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: 40.	
23	Unidad de concentración del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / UNID_CONCENTRACION_MED_UPC	5	A	<p>Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico, que podrá ser entre otros: mg, g/mg/mL. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de concentración, en la tabla de referencia para unidad de concentración dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p> <p>PARA EL MEDICAMENTO "MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS" LA UNIDAD DE CONCENTRACIÓN SERÁ UC131 "MULTIVITAMINAS" Y PARA LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL SERÁ LA UC130 "FÓRMULA OMS"</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita la específica descrita en la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>a. ACEMETACINA incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de liberación modificada. Si se trata de la misma cápsula del ejemplo anterior, el valor a</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud MÁXIMA del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>reportar en este campo es: UC032 que corresponde a mg</p> <p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial.</p> <p>Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC064 que corresponde a U.I. de factor VIII</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC047 que corresponde a mg/0,8 mL</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>d. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una tableta de 160</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC011 que corresponde a (mg + mg).</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC043 que corresponde a mg/0,4 mL</p>	
24	Forma Farmacéutica del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / FORMA_FARMACEUTICA_MED_UPC	5	A	<p>Corresponde a la forma farmacéutica de los medicamentos descritos en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico, por ejemplo: polvo estéril para inyección, cápsula, suspensión oral, entre otras. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada forma farmacéutica, en la tabla de referencia para formas farmacéuticas, dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o alguna forma farmacéutica específica</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>descrita en Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>a. "ACEMETACINA incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas salvo: formas farmacéuticas de liberación modificada"</p> <p>Si se trata por ejemplo de una cápsula de 60 mg,</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF005 que corresponde a "Cápsula dura"</p> <p>c. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial. Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF038 que corresponde a "POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN"</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>Se debe especificar la forma farmacéutica del medicamento dispensado:</p> <p>d. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y forma farmacéutica específica descrita en Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026. Se debe especificar la</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>concentración del medicamento dispensado:</p> <p>e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas.". Por ejemplo, si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"</p> <p>Ejemplo 5. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según Resolución 2765 de 2025 para la Vigencia 2026:</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa prellenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
25	Unidad de medida de la dispensación del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / UNID_DISPENSACION_MED_UPC	5	A	<p>Corresponde a la unidad mínima de medida de los medicamentos incluidos en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico en la que se realiza el reporte de dispensación. Esta Unidad de medida debe mantener la coherencia con la forma farmacéutica, pero no es igual en algunos casos y tampoco debe confundirse con la presentación del medicamento. Por ejemplo, para un medicamento cuya forma farmacéutica es solución inyectable, la Unidad en que se dispensa puede ser ampolla x 2 mL, o para un jarabe la Unidad de medida de dispensación puede ser Frasco x 60 mL o frasco x 120 mL, pero para una tableta la unidad mínima de medida es tableta. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de medida de dispensación, en la tabla de referencia para unidades de medida dispuesta en la página del ministerio, UPC, Solicitudes de información, tablas de referencia - Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p>	SI
26	Cantidad teórica del medicamento descrito en los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / CANT_TEORICA_MED_UPC	3	N	Reporte la cantidad teórica del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría utilizado en lugar del medicamento NO incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se dispensó con cargo a la UPC.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud MÁXIMA del Campo	Típ o	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Se debe reportar en unidades mínimas de dispensación que correspondan a las reportadas en el campo 23 y no en presentación comercial. Por ejemplo, en la dispensación o administración teórica de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales que se dispensaría o administraría independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas que se dispensarían teóricamente independientemente del tamaño o cantidad de la caja.</p> <p>Ver ejemplo en la ilustración No. 1 Unidad de reporte según la forma farmacéutica de la sección 1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</p> <p>El número de unidades teórico del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría dispensado a los usuarios, siempre debe estar diligenciado con un número entero diferente de cero (0).</p>	
27	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación a la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Nota aclaratoria:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor por reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

5.3.3.7 Registro Tipo 8 – Detalle de insumos y dispositivos médicos

Este registro comprende el detalle de insumos y dispositivos médicos: Lentes, Monturas, estent Duodenal, estent Coronario Recubierto o Medicado y estent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.

Tabla 20 - Detalle de insumos y dispositivos médicos

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	8: Indica que el registro es de insumos y dispositivos	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
				Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	MS: Menor sin identificación	SI
				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	
				PT: Permiso por Protección Temporal	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	<p>Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo:</p> <p>CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.</p> <p>**El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y número de documento presentado en este archivo.</p>	SI
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	<p>Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.</p> <p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	<p>Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación / AMBITO	1	T	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud. G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades. C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un periodo de tiempo determinado.	SI

No.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	
9	Valor del dispositivo médico / VALOR	10	N	<p>Corresponde al valor del dispositivo médico. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.</p>	SI
10	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI
11	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
12	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
13	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	11	A	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI
14	Código único de validación / CUV	128	A	Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique.</p> <p>Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución 1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.</p>	
15	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia, según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
16	Fecha de suministro del dispositivo médico / FECHA_DISPENSACION	10	F	Formato: AAAA-MM-DD.	SI
				En los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia, corresponde a la fecha de entrega del suministro. En el ámbito hospitalario, o cuando se trata de conjuntos integrales de atención, paquetes o canastas de servicios, se registra la fecha de inicio del suministro. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización.	
				Cuando la condición final del usuario sea "Paciente fallecido", no debe registrarse una fecha de suministro posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.	
17	Código del insumo o dispositivo médico / COD_INSUMO	8	A	Registro del código del dispositivo médico según la tabla de referencia dispositivos médicos dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026.	SI
18	Nombre del insumo o dispositivo médico / NOM_INSUMO	50	A	Texto libre. Cuando no esté codificado.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
19	Cantidad / CANTIDAD	3	N	Número de Unidades entregadas	SI
20	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación con la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

Nota aclaratoria:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados serán DEVUELTOs.
- El valor por reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.
- Los reportes que incluyan códigos que no cumplan las condiciones descritas anteriormente serán rechazados.

5.3.3.7.1 Códigos de reporte de insumos y dispositivos médicos

Este capítulo define los códigos de reporte de los insumos y dispositivos médicos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), incluyendo, entre otros, lentes, monturas, estent duodenal, estent coronario recubierto o medicado, estent coronario convencional o no recubierto, glucómetros, tirillas, lancetas y kits de ostomía, con el propósito de asegurar su adecuada identificación, clasificación y registro homogéneo para el análisis técnico correspondiente.

Tabla 21 - Código de reporte de insumos y dispositivos médicos

Código	Descripción
D00001	Estent duodenal
D00002	Estent coronario recubierto o medicado
D00003	Estent coronario convencional o no recubierto
D00004	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina (kit completo)

D00041	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina (solo el glucómetro)
D00005	Tirillas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00006	Lancetas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00007	Kit de ostomía (completo)
D00071	Barrera Plana (galleta o caraya) Kit de ostomía
D00072	Barrera Convexa (galleta o caraya) Kit de ostomía
D00073	Bolsa de colostomía de Kit de ostomía
D00074	Bolsa de urostomía Kit de ostomía
D00075	Cemento (pegante o pasta) de Kit de ostomía
D00076	Gancho (pinza) de Kit de ostomía
D00077	Frasco de polvo de Kit de ostomía
D00078	Cinturón de Kit de ostomía
INSUMO	INSUMOS
170100	Lentes
170200	Monturas

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.8 Registro Tipo 9 – Detalle Art.109 – Res. 2765/25 (Presentaciones Magistrales)

Este registro comprende el detalle del Artículo 109 de la Resolución 2765 de 2025 para el reconocimiento de preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis con recursos de la UPC.

Tabla 22 - Detalle Reconocimiento de Preparaciones Magistrales

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro / TIPO_REGISTRO	1	N	9: Indica que el registro es de presentaciones magistrales	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	10	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	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 PT: Permiso por Protección Temporal	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo: CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres. **El archivo Maestro Personas debe contener un registro para cada combinación Tipo de documento y número de documento presentado en este archivo.	SI
4	Código del Diagnóstico Principal / DIAG_PRINCIPAL	4	A	Es la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud que se considera causante primaria de la prestación de un servicio o prescripción de medicamentos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO.	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El código CIE-10 debe corresponder preferiblemente a causas de morbilidad y de mortalidad.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
5	Código del Diagnóstico Relacionado / DIAG_RELACIONADO	4	A	<p>Corresponde a otras afecciones, problemas o estados de salud (según la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE-10 vigente, y las tablas de referencia de SISPRO), relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente, afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El código del diagnóstico relacionado debe ser diferente al código del diagnóstico principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	SI
6	Código Municipio Prestación Servicio / MUNICIPIO_SERVICIO	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 prestación de servicio el servicio.	SI
7	Ámbito de prestación / AMBITO	1	T	<p>A: Ambulatorio</p> <p>H: Hospitalario</p> <p>U: Urgencias</p> <p>D: Domiciliario</p>	SI
8	Modalidades de pago / MODALIDAD_PAGO	1	T	<p>P : Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.</p>	SI

N o.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tip o	Valores Permitidos	Requer ido
				<p>G: Pago Global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.</p> <p>C: Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.</p> <p>S: Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.</p> <p>A: Autorización: Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no prestados.</p>	
9	Valor de la preparación magistral a base de derivados de Cannabis, NO financiada con recursos de la UPC / VALOR_NO_UPC	10	N	<p>Corresponde al valor total de la cantidad total de unidades mínimas de dispensación dispensadas y reportadas en el campo "Cantidad dispensada de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis". Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
10	Código de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis, NO financiada con recursos de la UPC / VALOR	10	N	<p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles ni decimales. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad teórica total reportada en el campo anterior.</p> <p>Este valor dependerá de los precios que maneje cada prestador de servicios o de los precios regulados en caso que el medicamento teórico se encuentre regulado por este régimen.</p> <p>NOTA: es un valor teórico que confirma la aplicación correcta del artículo 110 según la Resolución 2765 de 2025: "Reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC."</p> <p>Las preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis, no financiadas explícitamente con recursos de la UPC que se incluyan en este tipo de reporte deben reportarse mediante el Código PMCann01</p>	SI
11	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora) / VALOR CUOTA_MODERADORA	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, se debe registrar cero (0).	SI
12	Valor asumido por el usuario (Copago) / VALOR_COPAGO	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario por concepto de copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
13	Código del Prestador de Servicios de Salud / COD_HABILITACION_PRESTADOR	12	A	Código de habilitación asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que incluya sede que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
14	Número del NIT del Prestador de Servicios de Salud / NIT_PRESTADOR	11	A	Número de Identificación Tributaria sin código de digitación del prestador de servicios de salud ni puntos ni comas	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
15	Código único de validación / CUV	128	A	<p>Corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud —RIPS, que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique.</p> <p>Se validará el reporte del CUV conforme al grupo de clasificación del prestador, en cumplimiento de la Resolución 2275 de 2023 y la Resolución 1884 de 2024, teniendo en cuenta las fechas de obligatoriedad: Grupo 1 desde 01/02/2025, Grupo 2 desde 01/04/2025 y Grupo 3 desde 01/06/2025, siendo requisito indispensable para la validación del registro.</p>	SI
16	Código Único de Factura Electrónica / CUFE	96	A	Cadena alfanumérica única que identifica cada factura electrónica emitida en Colombia, según las disposiciones de la DIAN Resolución 0042 del 2020.	SI
17	Fecha de dispensación de la preparación magistral a base de derivados de cannabis / FECHA_DISPENSACION	8	A	<p>Formato: AAAA-MM-DD.</p> <p>Para la preparación magistral a base de derivados de cannabis corresponde a la fecha de entrega o suministro, en los ámbitos ambulatorio, domiciliario y de urgencia. Solo en caso autorización reporte la fecha de la autorización.</p> <p>En el ámbito hospitalario, o cuando se trata de conjuntos integrales de atención, paquetes o canastas de servicios, se registra la fecha de inicio del suministro.</p> <p>Cuando la condición final del usuario sea "Paciente fallecido", no debe registrarse una fecha de suministro posterior a las primeras 12 horas siguientes al fallecimiento.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
18	Código de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis, NO contenida explícitamente en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC / COD_PMC_NO_UPC	1	A	<p>Las preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis No financiadas explícitamente con recursos de la UPC que se incluyan en este tipo de reporte deben reportarse mediante el Código PMCann01</p>	SI
19	Código del (o los) principio(s) activo(s) que contiene la preparación magistral a base de derivados de cannabis. / COD_PRINCIPIOS_ACTIVOS	11	A	<p>Código del principio activo contenido en la PMCann así:</p> <p>02887 CANNABINOL</p> <p>50840 CANNABIDIOL</p> <p>50941 TETRAHIDROCANNABINOL (DRONABINOL)</p> <p>Si la PMCann tiene VARIOS principios activos DERIVADOS DE CANNABIS: registre el código de cada principio seguida del signo + sin espacios.</p> <p>p.e.:</p> <p>50840+50941 para una PMCann que contienen tanto cannabidiol como tetrahidrocannabinol.</p>	SI
20	Número consecutivo o Código de Medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis) / COD_MED_UPC	11	A	<p>En esta sección se reporta el número consecutivo para los medicamentos de la sección A1 o el Código ATC para medicamentos de la sección A2 tal y como aparece en el anexo 1 de la Resolución 2765 de 2025, del medicamento incluido en la financiación UPC contra el cual se compara y que corresponde en indicación autorizada, con el uso bajo el cual se prescribe la PMCann (que también debe corresponder a los usos descritos en el informe del IETS).</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>P.e. si el uso que se pretende dar a la PMcann es dolor crónico no oncológico, el medicamento contra el cual se realice la comparación deberá ser uno que presente la misma indicación autorizada”, sin importar que se trate de otro principio activo, ya que en ese caso los medicamentos que tienen registro sanitario y cuyo principio activo es una Combinación a Dosis Fijas de Tetrahidrocannabinol y cannabidiol tienen otra indicación autorizada así que no es adecuado compararlos contra dicho medicamento.</p> <p>Para reportar el código se deben seguir las siguientes disposiciones:</p> <p>a. Si el medicamento frente al cual se realiza la comparación está incluido en la “Sección A1. financiación con recursos de la UPC para medicamentos con descripción de principio activo” de la Resolución 2765 de 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corresponde al número de fila del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que teóricamente se reemplazó con la PMcann prescrita y dispensada Y QUE TIENE LA MISMA INDICACIÓN EN LA CUAL SE PRESCRIBE la PMcann según los usos en los que existe evidencia según el informe del IETS. <p>b. Si el medicamento frente al cual se realiza la comparación está incluido en la “Sección A2. financiación con recursos de la UPC para medicamentos por subgrupos de referencia” de la Resolución 2765 de 2025:</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>- Código ATC completo que identifica el principio activo que hace parte del subgrupo. Los códigos ATC de los principios activos que conforman el subgrupo de referencia se pueden consultar por el código ATC del subgrupo de referencia en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Cuando aparecen varios códigos ATC para el mismo principio activo, deberá escoger el que corresponda al uso que se le dio al medicamento.</p> <p>A continuación, se mencionan ejemplos sólo a modo instructivo para el reporte sin que su mención se relacione con las indicaciones a comparar con las PMCan.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento de la sección A1 que incluye varias o todas las concentraciones y formas farmacéuticas según lo descrito en la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>a. "Acetaminofén incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas. El código a reportar en este campo es: 10</p> <p>b. Factor VIII de la coagulación incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas. El código a reportar en este campo es: 456</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas" El código a reportar en este campo es: 36</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas específicas, según la Resolución 2765 de 2025:</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>e. TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas</p> <p>El código a reportar en este campo es: 1087</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>f. ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas</p> <p>Si se compara los medicamentos no incluidos en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) contra por ejemplo una Heparina de Bajo Peso molecular (HBPM): Esta HBPM se encuentra incluida en el subgrupo de referencia: con código ATC B01AB- GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS, sin embargo, debe reportarse el código ATC completo que identifica el principio activo que hace parte del subgrupo, es decir la HBPM específica.</p> <p>Los códigos ATC de los principios activos que conforman el subgrupo de referencia se pueden consultar por el código ATC del subgrupo de referencia en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</p> <p>Para el caso del ejemplo, si se trata de Enoxaparina, aunque se encuentre descrita en la Resolución 2765 de 2025, bajo el código B01AB que describe el subgrupo de referencia de las heparinas, mono fármacos; el código a reportar en este campo debe ser: B01AB05 que identifica específicamente a la enoxaparina.</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
21	Cantidad dispensada de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis / CANT_DISPENSADA	3	N	<p>Valor numérico que corresponde a la cantidad dispensada de las unidades mínimas de dispensación de la PMCann. Las unidades mínimas de dispensación corresponden a la menor unidad que se dispensa al paciente, que en todos los casos pueda no corresponder a la presentación comercial.</p> <p>Por ejemplo, si para el tratamiento durante 30 días de un paciente según la prescripción médica se dispensaron de 3 PMCann en solución oral y frasco gotero, la mínima unidad de dispensación es un frasco gotero, y como tal se debe reportar la cantidad de frascos goteros dispensada, a pesar de que en la presentación comercial se pueda encontrar una caja por 3 frascos gotero, se debe reportar cada frasco (en este caso 3) y no una (1) caja.</p>	SI
22	Días de tratamiento / DIAS_TRATAMIENTO	3	N	<p>Expresado en días (completos).</p> <p>Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben 5 dosis cada 6 horas (30 horas en total de tratamiento) los días de tratamiento serán (2) dos. Si se prescribe por ejemplo un inhalador, los días de tratamiento deberán ser aquellos para los cuales prescribe el medicamento, de forma independiente a que pueda quedar un excedente de medicamento en dicha unidad mínima de dispensación.</p> <p>En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.</p> <p>NO SE DEBEN REPORTAR MESES. Cuando la prescripción se realiza para 1, 2, 3 o más meses el número a reportar será en los días equivalentes a esos meses de tratamiento, es decir, será 30, 60, 90 días etc.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
23	Concentración del (o los) principio(s) activo(s) que contiene la Preparación magistral a base de derivados de cannabis / CONCENTRACION_MED	20	A	<p>Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido por mL o g de PMCann.</p> <p>Si la PMCann tiene UN solo principio activo: registre la cantidad por mL de PMCann</p> <p>Ejemplo: 30</p> <p>Si la PMCann tiene VARIOS principios activos DERIVADOS DE CANNABIS: registre la cantidad de cada principio activo en la PMCann seguida del signo + sin espacios y en el mismo orden en el que son descritos cada uno de los principios activos en el campo anterior de principio activo.</p> <p>Ejemplo: 30+15</p>	SI
24	Unidad de concentración del (o los) principio(s) activo(s) que contiene la Preparación magistral a base de derivados de cannabis / UNID_CONCENTRACION_MED	5	A	<p>Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo incluido en la PMCann.</p> <p>Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de concentración, en la tabla de referencia para unidad de concentración dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2025. Cuando se reporte una PMCann con varios principios activos, cada unidad de concentración debe reportarse en el mismo orden en el que son descritos cada uno de los principios activos en el campo de principio activo.</p> <p>P.e.: en una solución oral de PMcann:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para una PMCann con UN principio activo a base de derivados de cannabis, el valor a reportar es UC058 que corresponde a mg/mL Para una PMCann con DOS principios activos a base de derivados de cannabis, el valor a reportar es UC013 que corresponde a (mg+mg)/mL 	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
25	Forma farmacéutica de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis / FORMA_FARMACEUTICA_MED	5	A	<p>Corresponde a la forma farmacéutica de la PMCan.</p> <p>Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada forma farmacéutica, en la tabla de referencia para formas farmacéuticas dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>· P.e: Para una PMCan en solución oral, el valor a reportar es FF053 que corresponde a Solución oral</p>	SI
26	Unidad de medida dispensada de la Preparación magistral a base de derivados de cannabis / UNID_DISPENSACION_MED	3	N	<p>La Unidad de medida dispensada para formas farmacéuticas líquidas (soluciones/suspensiones) y semisólidas (Cremas, ungüentos) corresponde al tamaño del envase comercial en el cual se dispensa la PMCan.</p> <p>Por ejemplo, en la dispensación de una PMCan en solución oral cuya mínima unidad de dispensación es un frasco gotero, se debe reportar el tamaño del envase de cada frasco gotero.</p> <p>Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de medida, en la tabla de referencia para unidades de medida dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026</p> <p>P.e.:</p> <p>· Para una PMCan en solución oral, dispensada como un frasco de 30 mL el valor a reportar es UM035 que corresponde a FRASCO GOTERO X 30 ML</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<ul style="list-style-type: none"> Para formas farmacéuticas sólidas como tabletas, la unidad de medida dispensada corresponde a la tableta y no a la caja comercial, por tanto, el valor a reportar p.e. podría ser UM123 que corresponde a una Tableta masticable. 	
27	Concentración del medicamento descrito servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (contra el cual se realiza la comparación) / CONCENTRACION_MED_UPC	20	A	<p>Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento incluido en servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico (Tableta, cápsula, ampolla, vial) que se está reemplazando.</p> <p>En el caso de combinaciones a dosis fijas de principios activos en un mismo medicamento se debe escribir la cantidad de cada uno de los principios activos según la unidad de concentración que corresponda con la descrita en el campo Forma Farmacéutica, separada de un signo (+) en cada concentración de principio activo. Recuerde expresar la concentración en la mínima unidad de medida, es decir que, si el medicamento comercialmente se presenta como 300 mg/3 mL, equivale a 100 mg/mL.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita según la Resolución 2765 de 2025. Se debe especificar la concentración del medicamento teórico que se reemplaza:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas " Si se trata por ejemplo de una tableta de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: 500</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo que se habría utilizado pero ajustada por vial. Por ejemplo, si requerían 950 U.I. y el vial contiene 1.000 Unidades Internacionales se debe reportar 1.000 U.I teniendo en cuenta que no se puede dispensar una menor cantidad:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: 1000</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: 40</p>	
28	Unidad de concentración del medicamento descrito en servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / UNID_CONCENTRACION_MED_UPC	5	A	<p>Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico, que podrá ser entre otros: mg, g/mg/mL. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de concentración, en la tabla de referencia para unidad de concentración dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas</p> <p>Si se trata de la misma tableta del ejemplo anterior, el valor a reportar en este campo es: UC032 que corresponde a mg</p> <p>b. " FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial.</p> <p>Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC064 que corresponde a U.I. de factor VIII</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC047 que corresponde a mg/0,8 mL</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, en todas las concentraciones y formas farmacéuticas descritas en la Resolución 2765 de 2025: Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>d. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC011 que corresponde a (mg + mg).</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Ejemplo 3. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa pre llenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: UC043 que corresponde a mg/0,4 mL</p>	
29	Forma Farmacéutica del medicamento descrito en los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / FORMA_FARMACEUTICA_MED_UPC	5	A	<p>Corresponde a la forma farmacéutica de los medicamentos descritos en los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico, por ejemplo: polvo estéril para inyección, cápsula, suspensión oral, entre otras. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada forma farmacéutica, en la tabla de referencia para formas farmacéuticas ddispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o alguna forma farmacéutica específica descrita en la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas"</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>Si se trata por ejemplo de un comprimido de 500 mg:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco (incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"</p> <p>b. "FACTOR ANTIHEMOFÍLICO incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas". Para este medicamento la unidad mínima de dispensación es vial, así que se reporta la cantidad de principio activo por vial. Por ejemplo, si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF038 que corresponde a "POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN"</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones incluye todas las formas farmacéuticas". Por ejemplo si se trata de una jeringa pre llenada de 40 mg/0.8 mL:</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, en todas las concentraciones y formas farmacéuticas según la Resolución 2765 de 2025. Se debe especificar la concentración del medicamento dispensado:</p> <p>e. "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL incluye todas las concentraciones y formas farmacéuticas.". Por ejemplo, si se trata de una tableta de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de Sulfametoxazol.</p>	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la Resolución 2765 de 2025:</p> <p>f. "ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo, si se trata de una jeringa prellenada con una solución inyectable de 40 mg/0.4 mL.</p> <p>El valor a reportar en este campo es: FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</p>	
30	Unidad de medida de la dispensación del medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / UNID_DISPENSACION_MED_UPC	5	A	Corresponde a la unidad mínima de medida de los medicamentos incluidos en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y teórico en la que se realiza el reporte de dispensación. Esta Unidad de medida debe mantener la coherencia con la forma farmacéutica, pero no es igual en algunos casos y tampoco debe confundirse con la presentación del medicamento. Por ejemplo, para un medicamento cuya forma farmacéutica es solución inyectable, la Unidad en que se dispensa puede ser ampolla x 2 mL, o para un jarabe la Unidad de medida de dispensación puede ser Frasco x 60 mL o frasco x 120 mL, pero para una tableta la unidad mínima de medida es tableta. Para el reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada unidad de medida de dispensación, en la tabla de referencia para unidades de medida dispuesta en el enlace de UPC de la página de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>upc.aspx en el enlace de tablas de referencia – Vigencia 2026.</p> <p>Si se requiere adicionar cualquier código evite crearlo ya que las mallas de validación no lo tendrán en cuenta y en su lugar solicítelo por escrito a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y el ajuste se realizará a la mayor brevedad.</p> <p>El número de unidades teórico del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría dispensado a los usuarios, siempre debe estar diligenciado con un número entero diferente de cero (0).</p>	
31	Cantidad teórica del Medicamento descrito en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación) / CANT_TEORICA_MED_UPC	3	N	<p>Reporte la cantidad teórica del medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se habría utilizado en lugar la PMCan que se dispensó con cargo a la UPC.</p> <p>Se debe reportar en unidades mínimas de dispensación que correspondan a las reportadas en el campo 23 y no en presentación comercial. Por ejemplo, en la dispensación o administración teórica de un medicamento parenteral cuya mínima unidad de dispensación es un vial, se debe reportar la cantidad de viales que se dispensaría o administraría independientemente de que presentación comercial por CUM sea una caja por 5, 10, o más viales, por lo tanto, la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. De igual forma en tabletas, la unidad mínima de dispensación es la tableta y no la caja de la presentación comercial que puede contener diferentes cantidades de tabletas (p.e. caja por 10, 20, 30 o 100 tabletas), así que se deberá reportar el número de tabletas que se dispensarían teóricamente independientemente del tamaño o cantidad de la caja.</p>	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
32	Factura electrónica DIAN /FACTURA_DIAN	96	A	Corresponde el tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN, en relación a la concatenación de la SERIE y FOLIO, sin espacio ni uso de caracteres especiales. Este dato debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta DIAN.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.3.3.9 Registro Tipo 10 – Registro de detalle de personas

Este registro comprende el detalle de las personas a las que se asocia cada registro, hace referencia a las personas atendidas que mediante el uso de los campos obligatorios permitan identificar al paciente, con el fin de realizar seguimiento para la facturación electrónica y el seguimiento asistencial.

Tabla 23 - Detalle de personas

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de Registro / TIPO_REGISTRO	1	N	10: Indica que el registro es Personas	SI
1	Consecutivo de registro / CONSECUITIVO	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
				Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio / TIPO_IDENTIFICACION	2	T	MS: Menor sin identificación	SI
				RC: Registro Civil	
				TI: Tarjeta de Identidad	
				CC: Cédula de Ciudadanía	
				CE: Cédula de Extranjería	

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia PT: Permiso por Protección Temporal	
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio / NUMERO_IDENTIFICACION	20	A	Alfanumérico. De acuerdo con los lineamientos para la generación, validación y envío de RIPS de mayo de 2025, aplicar las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según su tipo: CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 a 20 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio / FECHA_NACIMIENTO	10	F	Formato AAAA-MM-DD. No se permite utilizar ningún comodín por ejemplo 1900-01-01	SI
5	Sexo biológico de la persona que recibió el servicio / SEXO	1	T	F: Femenino M: Masculino	SI
6	Código de Departamento y Municipio residencia de persona que recibe el servicio / COD_DANE	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	Estado vital / ESTADO_VITAL	1	T	V : Vivo F: Fallecido	SI

Nº.	Nombre del Campo / Nombre Variable	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
8	Fecha defunción / FECHA_DEFUNCION	10	F	Formato AAAA-MM-DD. (si aplica) En caso del estado vital vivo se permite 1900-01-01	SI
9	Código diagnóstico causa de la defunción / COD_CIE10_DEFUNCION	4	A	Codificación en CIE 10 que identifica la causa directa de la muerte del paciente, siempre y cuando haya fallecido en el periodo de reporte. En caso del estado vital vivo se permite AXX	SI
10	Grupo poblacional diferencial / GRUPO_POBLACIONAL	3	A	VG: Víctima de Violencia de Género VCA: Víctima del Conflicto Armado GE1: Grupo Étnico Indígenas GE2: Grupo Étnico Pueblo Rom / Gitano GE3: Grupo Étnico Raizales GE4: Grupo Étnico Palenqueros GE5: Grupo Étnico Afrodescendientes CIF: Discapacidad (Clasificación Internacional de Funcionamiento) PM: Población Migrante HC1: Habitante de Calle Permanente HC2: Habitante de Calle . Transitorio No: Ninguno de los anteriores	NO
11	Número total de registros / TOTAL_REGISTROS	12	N	Cantidad total de registros reportados (filas) asociados a la persona para la vigencia actual, correspondientes a los tipos de registro 2, 3, 5, 6, 8 y 9, excluyendo el tipo 7.	SI
12	Valor total de registros / TOTAL_VALOR	15	N	Sumatoria del valor de los servicios de salud asociados a todos los registros reportados (filas) de la persona, correspondientes a los tipos de registro 2, 3, 5, 6, 8 y 9, excluyendo el tipo 7. Este valor no incluye Cuota Moderadora ni Copago.	SI

Elaboración: Equipo DRBCYTAS

5.4 Reportes adicionales de Información

Como complemento al reporte de los registros individuales, las EPS y demás EA deberán remitir la información consolidada correspondiente al número total de registros y a los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías en salud financiados con UPC, conforme a los formatos definidos por el MSPS.

Esta información permitirá verificar la consistencia entre los registros individuales reportados y los valores agregados certificados por cada entidad.

5.4.1 Certificación número de registros y costos de prestación de servicios

Las entidades deberán certificar el número total de registros reportados y los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías en salud financiados con UPC, para el período de estudio, conforme a los lineamientos y formatos establecidos por el Ministerio. (Anexo No.1).

La certificación deberá ser suscrita por el representante legal y el revisor fiscal o quien haga sus veces, y remitida dentro de los plazos definidos en el cronograma oficial.

6. Especificaciones técnicas de los archivos planos

6.1 Disposiciones generales

El presente capítulo establece las especificaciones técnicas que deberán observar las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA) para el diligenciamiento, estructuración, validación y envío de los archivos planos que contienen la información requerida con el fin de recopilar y analizar información técnica para la evaluación del comportamiento del riesgo en salud y la definición de lineamientos relacionados con la financiación de servicios y tecnologías en salud.

Estas especificaciones definen la estructura, el contenido, la codificación y las reglas generales de validación de la información reportada, y tienen como finalidad garantizar la estandarización, homogeneidad, interoperabilidad, trazabilidad y calidad de los datos, de manera que sean susceptibles de validación técnica, consolidación, análisis estadístico y evaluación financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

La información reportada deberá corresponder exclusivamente a los servicios y tecnologías en salud efectivamente prestados y financiados con cargo a la UPC durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026, en concordancia con el alcance del estudio, la normatividad vigente y los objetivos del presente documento.

Cada archivo deberá contener información correspondiente a un solo tipo de registro. El cumplimiento integral de las especificaciones definidas en este capítulo y en los anexos técnicos asociados es obligatorio y constituye requisito indispensable para que la información sea considerada válida dentro del estudio técnico de la UPC.

6.2 Estructura general de los archivos planos

La información requerida deberá ser reportada mediante archivos planos, organizados conforme a la estructura, nomenclatura y formato definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cada archivo corresponderá a un único tipo de registro y contendrá exclusivamente la información asociada a dicho tipo, de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas.

Los archivos planos deberán cumplir, como mínimo, con las siguientes condiciones:

- Corresponden a un solo tipo de registro por archivo.
- Contener registros individuales, sin agregaciones ni consolidaciones.
- Utilizar las codificaciones oficiales y vigentes definidas en las tablas de referencia.
- Incluir la totalidad de los campos obligatorios definidos en las especificaciones técnicas.
- Mantener coherencia entre los campos de identificación de la persona, la fecha de prestación, el tipo de servicio o tecnología y el valor reportado.
- Cada registro deberá representar una única prestación, dispensación o suministro de un servicio o tecnología en salud, asociado a una persona plenamente identificada y a una fecha específica.

La información correspondiente tanto a los registros individuales como a los formatos y certificaciones complementarias deberá remitirse en archivos planos, organizados y comprimidos de acuerdo con la estructura, nomenclatura y lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La estructura de los archivos deberá garantizar la identificación clara de la entidad que reporta, la correspondencia entre el contenido del archivo y el tipo de información reportada, así como la integridad y consistencia de los registros incluidos.

Las especificaciones detalladas sobre la estructura de los archivos, los tipos de registros, la longitud de los campos y los procesos de validación técnica se desarrollan en los capítulos y anexos técnicos subsiguientes del presente documento.

6.3 Tipo de archivos y contenido mínimo

Las EPS y demás EA deberán remitir los archivos planos correspondientes a los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, los cuales incluyen, entre otros:

- Archivos de procedimientos en salud.
- Archivos de medicamentos.
- Archivos de insumos y dispositivos médicos.

Cada tipo de archivo deberá contener el detalle individual de los registros reportados, incluyendo la información de identificación del afiliado, del prestador cuando aplique, del servicio o tecnología suministrada, la fecha de prestación y el valor reconocido.

6.4 Reglas de diligenciamiento y consistencia de la información

El diligenciamiento de los archivos planos deberá realizarse observando las reglas de consistencia lógica, temporal y técnica definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar la calidad y confiabilidad de la información reportada.

En particular, deberán cumplirse las siguientes reglas generales:

- En el anexo técnico de los archivos, los tipos de dato se identifican de la siguiente manera:
 - o A (Alfanumérico)
 - o N (Numérico)
 - o D (Decimal)
 - o F (Fecha)
 - o T (Texto con caracteres especiales)
- Todos los datos deberán ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt.
- Los nombres de los archivos y los datos contenidos en ellos deberán registrarse en letras mayúsculas, sin caracteres especiales ni tildes.
- El separador de campos deberá ser el punto y coma (;), utilizado exclusivamente para este fin. Los campos de tipo descripción no deberán contener el carácter coma (,).
- Cuando existan campos no obligatorios que no sean reportados, se deberá registrar el valor cero (0).
- Ningún campo deberá contener datos encerrados entre comillas u otros caracteres especiales.
- Los campos numéricos deberán registrarse sin formato de valor ni separadores de miles. Para los campos con valores decimales, se deberá utilizar el punto (.) como separador decimal.
- Los campos de tipo fecha deberán registrarse en formato AAAA-MM-DD, incluido el carácter guion, con excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.

- Las longitudes de los campos definidas en los registros de control y detalle corresponden al tamaño máximo permitido; los datos podrán tener una longitud menor.
- Los valores registrados no deberán tener justificación ni ser completados con ceros o espacios.
- Los códigos que contengan ceros (0) no deberán ser reemplazados por la vocal "O", dado que corresponden a caracteres diferentes.
- Los archivos planos no deberán contener caracteres especiales de fin de archivo ni de final de registro. El carácter ENTER se utilizará como fin de registro.

6.5 Reglas de consistencia de la información

El diligenciamiento de los archivos planos deberá realizarse observando las reglas de consistencia lógica, temporal y técnica definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar la calidad y confiabilidad de la información reportada.

Entre las reglas generales de consistencia se incluyen, sin limitarse a ellas:

- Correspondencia entre el tipo de servicio o tecnología reportada y el código utilizado.
- Coherencia entre la fecha de prestación y el período de estudio definido.
- Uso exclusivo de códigos vigentes y autorizados en las tablas de referencia.
- Registro adecuado del valor reconocido, de acuerdo con la modalidad de contratación y pago.
- Ausencia de duplicidades o registros inconsistentes.

6.6 Validación técnica y control de calidad de los datos

Los archivos planos remitidos serán sometidos a un proceso de validación técnica y control de calidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se realizará en dos etapas:

- **Primera validación:** corresponde a la verificación de la estructura del archivo, incluyendo formato, longitud de campos, tipo de datos y completitud de los registros. Como resultado de esta validación se informará a la entidad reportante el estado de la recepción del archivo.

- **Segunda validación:** una vez superada la validación estructural, se realizará el control de calidad del contenido, orientado a identificar inconsistencias lógicas, duplicidades, errores de codificación o incoherencias entre campos. El resultado de esta validación será informado a las entidades reportantes.

Se entenderá cumplida la obligación de reporte únicamente cuando la segunda validación haya sido superada de manera exitosa.

6.7 Firma digital y seguridad de la información

Con el fin de garantizar la seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad y trazabilidad de la información reportada, las EPS y demás EA deberán remitir los archivos planos firmados digitalmente.

La firma digital deberá realizarse utilizando un certificado digital vigente, emitido por una entidad de certificación abierta debidamente autorizada por la autoridad competente, de conformidad con la normatividad aplicable. La utilización de la firma digital constituye un requisito obligatorio para el envío de los archivos y garantiza la protección de la información durante su transmisión y procesamiento.

6.8 Cumplimiento de las especificaciones técnicas

Las entidades responsables del reporte deberán asegurar que la información enviada cumpla integralmente con las especificaciones técnicas definidas en el presente capítulo y en los anexos técnicos correspondientes.

El incumplimiento de estas especificaciones podrá afectar la aceptación de la información, su inclusión en el análisis técnico de la UPC y dar lugar a las acciones administrativas a que haya lugar, conforme a la normatividad vigente.

7. Plataformas, mecanismos y condiciones para el reporte de la información

7.1 Plataforma de Intercambio de Información – PISIS - (SISPRO)

El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Adaptadas (EA) las plataformas institucionales definidas para el reporte de la información requerida en el marco del estudio técnico de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), las cuales permitirán el cargue, validación, seguimiento y consolidación de los archivos reportados.

La Plataforma de Intercambio de Información (PISIS), del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), será el medio oficial a través del cual las EPS y EA deberán reportar, directamente desde sus instalaciones, los archivos planos correspondientes a los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y suministrados durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026.

El reporte deberá realizarse conforme a la estructura, especificaciones técnicas y tipos de registro definidos en el presente documento.

Para el uso de la plataforma, las entidades deberán:

- Registrarse o verificar la actualización de su información institucional en el portal del SISPRO.
- Registrar los usuarios institucionales autorizados para el cargue, gestión y seguimiento de la información.

El proceso de verificación del estado de registro de la entidad podrá realizarse a través del siguiente enlace:

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

El registro de usuarios institucionales podrá adelantarse en línea mediante el siguiente enlace:

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

Alternativamente, dicho registro podrá efectuarse mediante el Anexo Técnico SEG500USIN dispuesto en la plataforma PISIS. En ambos casos, el

procedimiento se encuentra detallado en la Guía de Usuario de Seguridad disponible en el portal del SISPRO:

<https://web.sispro.gov.co>

A través de la plataforma SIREPS deberá reportarse la información complementaria requerida para el estudio técnico de la UPC, correspondiente a:

- Reporte de archivos planos de servicios y tecnologías financiados con UPC (Plataforma PISIS): (13 al 30 de abril de 2026).
- Reporte de información complementaria y formatos asociados (Plataforma SIREPS) – Prestadores no inscritos en REPS: (7 al 23 de abril de 2026).
- Certificación número de registros y costos de prestación de servicios: (30 de abril al 8 de mayo de 2026).
- Formato de prestación de servicios de salud por ámbito (30 de abril al 8 de mayo de 2026).

7.2 Mesa de ayuda y soporte técnico

Con el fin de brindar soporte técnico a las entidades reportantes en relación con el cargue de archivos, el transporte de datos y el uso de las plataformas habilitadas, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto una mesa de ayuda institucional.

Los canales de atención y datos de contacto se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

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

Adicionalmente, las entidades podrán consultar la documentación de apoyo para el uso de la plataforma PISIS, incluyendo guías de usuario, preguntas frecuentes y orientaciones técnicas, a través del siguiente enlace:

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

7.3 Tratamiento de la información y control de calidad de los datos

Las entidades que participan en el flujo, reporte y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos personales y de las disposiciones relacionadas con el tratamiento de la información, de conformidad con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de

2012, la Ley 1712 de 2014, el Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015, el artículo 14 de la Ley 1438 de 2011 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan.

En este marco, las entidades deberán garantizar la calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez, transparencia, privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada, así como de los datos a los cuales tengan acceso.

La plataforma PISIS adelantará el proceso de validación y control de calidad de la información reportada, el cual se desarrollará en dos etapas:

- Validación de estructura, orientada a verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los archivos, tras la cual se informará a las entidades el estado de recepción del archivo.
- Validación de contenido, realizada en el aplicativo misional, orientada al control de calidad de la información reportada, cuyos resultados serán comunicados a las entidades reportantes.

La obligación de reporte se entenderá cumplida únicamente cuando la información haya superado de manera exitosa la segunda validación, de conformidad con las disposiciones técnicas y normativas vigentes.

7.4 Seguridad de la información

Con el fin de garantizar la seguridad, integridad y veracidad de la información reportada, las EPS y EA deberán enviar los archivos debidamente firmados de manera digital, como mecanismo que asegura la confidencialidad, integridad, autenticidad y no repudio de la información transmitida.

Para la firma digital de los archivos, se deberá utilizar un certificado digital vigente, emitido por una entidad de certificación abierta autorizada por la autoridad competente, en concordancia con la normatividad aplicable.

ANEXO No.1

Certificado número de registros y costos de la prestación de servicios

Ciudad _____, día _____ de mes _____ de 2026

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

ASUNTO: Remisión de información para el estudio del régimen contributivo y subsidiado. Periodo comprendido entre _____ y _____ de 2026

Respetados señores,

Atentamente, me permito certificar el número total de registros cargados en la plataforma PISIS y el valor de los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías en salud efectivamente suministrados.

Número de registros de los servicios y tecnologías en salud efectivamente suministrados durante el período de análisis y valor en pesos discriminados por tipología:

Código EPS	Tipología	No. de Registros	Valor (\$) por tipología (Sin Copago ni Cuota Moderadora)	Valor (\$) Copago	Valor (\$) Cuota Moderadora
	2: Procedimientos - CUPS				
	3: Medicamentos - CUM				
	5: Procedimientos No UPC (Res. 2366/23 – Art.110)				
	6: Medicamentos No UPC (Res. 2366/23 – Art.110)				
	8: Insumos y Dispositivos médicos				
	9: Preparaciones magistrales Cannabis UPC				
	TOTAL				

Recomendaciones Generales:

- Verificar que las operaciones aritméticas sean consistentes y que las mismas correspondan a las sumatorias y o detalles de los valores reportados en la base- BD reportado – certificado.

- En la “Certificación del número de registros y costos asociados a la prestación de servicios” deben registrarse en pesos corrientes, con separador de miles y sin decimales.

Detalle fuentes o sistemas de información

Las fuentes o sistemas de información utilizados para generar la “Certificación del número de registros y costos asociados a la prestación de servicios” son:

Datos de Contacto EPS /EOR

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

Nombre: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Atentamente,

Firma

Nombre Representante Legal EPS
Correo electrónico