



**SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD 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.”**

**INFORMACION PRUEBA PILOTO RESOLUCIONES 5968, 5593, 6411 Y 5268
DISPOSICIONES APLICADAS A LA PRUEBA PILOTO DEL REGIMEN
SUBSIDIADO**

PERIODO INFORMACION SOLICITADA 2018

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

MARZO DE 2018

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD	4
1. PROPÓSITO.....	5
2. ALCANCE	5
3. NORMATIVA	5
4. DEFINICIONES.....	10
CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	17
1. Períodos para reportar la información.....	18
CAPITULO 3: REPORTE DE INFORMACION - ESTRUCTURA	19
1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	20
1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio.....	20
1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.....	20
1.3. Estructura del Contenido del Archivo.....	21
El archivo de la información para el Estudio de Suficiencia está compuesto por los siguientes tipos de registros:	21
1.3.1. Registro tipo 1 – Registro de control.	22
1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).....	23
1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	28
1.3.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de tecnologías (Procedimientos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.....	36
1.3.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de tecnologías (Medicamentos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.....	41
1.3.6. Registro tipo 8 – Registro de Detalle de Insumos y dispositivos médicos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	60
1.4. ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ARCHIVOS PLANOS	65
1.4.1. Registro control	65
1.4.2. Valor, Valor Cuota Moderadora y Valor Copago.....	65
1.4.3. Archivo Plano.....	65
1.4.4. Campo Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio ..	65
1.4.5. Campo Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	67

1.4.6.	Campo Código del diagnóstico principal	67
1.4.7.	Campo Código del diagnóstico relacionado	68
1.4.8.	Unidad de reporte según la forma farmacéutica:	68
1.4.9.	Códigos de reporte de actividades diferenciales del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas.....	70
1.4.10.	Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.....	71
1.4.11.	Reporte de Transporte en Zonas Dispersas	71
2.	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS	72
3.	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS.....	73
4.	INFORMACIÓN A REPORTAR.....	75
5.	TABLAS DE REFERENCIA:.....	75
CAPITULO 4: REPORTE DE INFORMACION FINANCIERA.....		76
CERTIFICACION DEL COSTO Y FORMATO DE COBERTURA.....		76
1.	Formato carta de remisión de información de prestación de servicios de salud	77
2.	COBERTURA DE INFORMACIÓN	79
3.	ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC ...	80
CAPITULO 5: DESCRIPCION DE GRUPOS DE CALIDADES		81
1.	GRUPO DE CALIDADES	82

CAPITULO 1 GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD

1. PROPÓSITO

Con el propósito de formular la propuesta técnica que sirva de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud sobre ajuste al Plan de Beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación (UPC-C, UPC-S), el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el estudio “APLICACIÓN DE PRUEBAS PILOTO DE IGUALACIÓN DE LA PRIMA PURA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO”, con base en la información de la demanda de servicios de salud recopilada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado, de que trata la Resolución 5968 de 2014, Resolución 5593 de 2015, Resolución 6411 de 2016, Resolución 5268 de 2017 y demás fuentes determinadas para el presente estudio.

2. ALCANCE

- Tiempo de duración: cuatro años (2015 – 2018)
- Financiación: Nación y posible cofinanciación por las Entidades Territoriales mencionadas.
- Condiciones de permanencia: envío de información en condiciones de oportunidad y calidad y evaluación de costos y frecuencias.

Objetivo general

Evaluar las frecuencias de uso y los costos de la prestación de servicios de salud en las ciudades seleccionadas, Bogotá, Santiago de Cali, Barranquilla y Medellín, para determinar la viabilidad de igualar primas puras del Régimen Subsidiado a las del Régimen Contributivo, manteniendo los ponderadores de edad y sexo del Régimen Subsidiado.

3. NORMATIVA

El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- para la financiación del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen según las normas del Régimen Contributivo, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 4107 de 2011, artículo 2º numeral 32 modificado por el

artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el numeral 7 del artículo 7º de este último Decreto.

De otra parte, con fundamento en el artículo 136 de la Resolución 5521 de 2013 y en el artículo 14 de la Resolución 5522 de 2013, la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, tiene la potestad de solicitar a las Entidades Territoriales, EPS, IPS y demás agentes del sistema la información que se requiera para efectos de definir la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En virtud de lo estipulado en el párrafo del artículo 2º del citado Decreto 2562 de 2012, de conformidad con los parámetros y términos señalados en el párrafo 3º del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social en las decisiones referidas al Régimen Contributivo deberá consultar el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo y en las referidas al Régimen Subsidiado, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

La Ley 100 de 1993 previó la unificación progresiva de los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, medida regulatoria que fue implementada por el ente competente en forma progresiva por grupos etarios, ajustando en cada oportunidad la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en la medida en que el POS de éste se igualaba al del Régimen Contributivo, para asegurar la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud unificados, de acuerdo con estudios técnicos basados principalmente en la información reportada por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

La Corte Constitucional mediante la Sentencia T- 760 de 2008 ordenó al organismo competente la unificación de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, para la población menor de dieciocho años en forma inmediata (ordinal 21) y para el resto de la población, en forma progresiva gradual y sostenible (ordinal 22) basada en un programa y un cronograma establecido para estos efectos, teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

En la parte motiva de la referida providencia la Corte Constitucional hizo importantes disertaciones con relación a la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el POS unificado mediante el Régimen Subsidiado, haciendo énfasis en la necesidad de mejoramiento de la información reportada al ente competente para los cálculos correspondiente.

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional mediante los autos 261 y 262 ordenó a los organismos competentes elaborar una metodología apropiada para establecer la suficiencia de

la UPC-C y de la UPC – S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades y diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS; Y en forma consecuente, que hasta tanto no se diera cumplimiento a este mandato, se entendería que el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado sería igual al establecido para el Régimen Contributivo.

La alta Corporación mediante auto 278 de 2013, con el fin de avanzar en la fase de participación dentro del trámite constitucional de seguimiento a la Sentencia T – 760 de 2008, particularmente a lo ordenado en los autos 261 y 262 de 2012 y considerando que para constatar el acatamiento de las actividades ordenadas por parte de las autoridades concernidas era procedente contar con elementos de juicio suficientes que permitieran efectuar un balance sobre el mismo, formuló una serie de interrogantes a los Peritos Constitucionales Voluntarios sobre los estudios allegados a la Corte que soportaron las medidas regulatorias de fijación de la UPC-S en cuestión, poniéndolos a su disposición para su respectivo análisis.

La honorable corporación en el Auto 279 de 2013, advirtió que ese Tribunal se encuentra a la espera de concluir la fase de participación mencionada para efectuar el balance del acatamiento de las órdenes impartidas; siendo así que habiéndose completado la unificación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado para toda la población a nivel nacional en julio de 2012 y dado que dos años después de su implementación el Ministerio de Salud y Protección ha robustecido los esfuerzos para lograr el cumplimiento del reporte de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y Entidades Obligadas a Compensar – EOC, de modo que se ha observado progreso en la curva de frecuencias de uso de los servicios unificados por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado, entendiéndose esto como un avance hacia la superación de situaciones fácticas disímiles.

Finalmente, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión de 18 de diciembre de 2014, en el marco de sus funciones formuló recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, con fundamento en las cuales se precisa definir los requisitos y lineamientos para la puesta en marcha de las pruebas piloto de igualación temporal de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo.

Las recomendaciones de la comisión fueron las siguientes:

- “1. Adelantar pruebas piloto de igualación temporal (hasta por dos años) de primas puras en el Régimen Subsidiado en algunos municipios, teniendo en

cuenta lo dispuesto en el artículo 2º, numeral 5º de la Ley 1608 de 2013, y según las condiciones del Régimen Subsidiado.

2. Una condición para mantener la prueba piloto es él envió de la información al Ministerio de Salud y Protección Social en la periodicidad, calidad y condiciones que establezca dicho ministerio...”

En Diciembre de 2017, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en la Resolución, Capítulo II, se establece las disposiciones aplicadas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado, incluidas las EPS del Régimen Contributivo con afiliados en estado de movilidad.

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	“Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud”
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de exclusiones, periodos mínimo de cotización y atención no POS y Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 3384 del 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004 (Noviembre 26)	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para IVE
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 2933 de 2006	Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al Fosyga
Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22)	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Ley 1122 de 2007	Reduce Periodo Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Acuerdo 365 de 2007	Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos
Ley 1122 de 2007	Exime de copago a afiliados en Régimen Subsidiado con clasificación Sisben 1
Circular Externa No 63 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.
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

Norma	Tema o asunto
	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 Capacitación 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 Capacitación-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 Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 de 2011 de la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capacitación 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 Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
Acuerdo 032 de 2012 de la CRES	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capacitación UPC del Régimen Subsidiado.
Resolución 4480 de 2012 de Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones
Resolución 78 de 2013 de Minsalud	Por la cual se corrige un error simplemente formal de carácter aritmético contenido en la Resolución número 4480 de 2012, "por la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5521 de 2013 Minsalud	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 5522 de 2013 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1952 de 2014 Minsalud	Por la cual se reconoce una prima adicional para zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2739 de 2014 Minsalud	Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones
Resolución 5729 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación Diferencial Indígena del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5925 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014 Minsalud	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.

Norma	Tema o asunto
Resolución 5968 de 2014 Minsalud	Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.
Resolución 4678 de 2015 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5592 de 2015 Minsalud	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (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 6408 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)
Resolución 6411 de 2016 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1132 de 2017 Minsalud	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015"
Resolución 5171 de 2017 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS para 2018 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5268 de 2017 Minsalud	"Por la cual Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación - 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 Minsalud	"Por la cual Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)"
Resolución 483 de 2018 Minsalud	Por la cual se modifica la resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

4. DEFINICIONES¹

1. **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.
Esta definición también se utiliza para referirse a atención en salud.
2. **Aparato Ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
3. **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u

¹ Resolución 5269 de 2017 Minsalud.

hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

4. **Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
5. **Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
6. **Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
7. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.
8. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
9. **Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
10. **Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

11. **Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
12. **Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
13. **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
14. **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
15. **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el 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 medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
16. **Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
- a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
 - b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.

- c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

17. **Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan “S” o “R” y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan “dextro” (d) si es hacia la derecha o “levo” (l) si es hacia la izquierda.

18. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

19. **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.

20. **Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.

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

22. **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.

23. **Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.
24. **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.
25. **Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
26. **Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
27. **Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
28. **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.
29. **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.
30. **Mezcla Racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.
31. **Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
32. **Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a

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

33. **Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
34. **Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
35. **Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.
36. **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
37. **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.
38. **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.
39. **Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de

características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.

40. En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento para el Cálculo de la Prima por Subgrupo o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho valor.
41. **Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
42. **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.
43. **Valor Máximo de Reconocimiento (VMR):** Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos. El Valor Máximo de Reconocimiento no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única, por tanto no debe utilizarse como reconocimiento de valores de tratamientos entre actores.

CAPITULO 2: FECHAS PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

1. Períodos para reportar la información.

Conforme a las Disposiciones Aplicadas a la Prueba Piloto del Régimen Subsidiado, en el Capítulo III de la Resolución 5593 de 2014, Numeral 18.3 en relación a la vigencia respectiva, definió que la misma se debe reportar cada cuatrimestre, discriminando la información en forma mensual adicionalmente determinó que el plazo para su envío será hasta la cuarta semana del siguiente mes al vencimiento del cuatrimestre respectivo.

Así, el reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante **el período del 1 de Enero al 31 de Diciembre 2018**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior. El reporte se debe hacer con cortes cuatrimestrales así:

<i>Periodo de la información reportada</i>		<i>Periodo de recepción del archivo</i>	
<i>Fecha Inicial</i>	<i>Fecha Final y Fecha de Corte</i>	<i>Fecha inicial</i>	<i>Fecha final</i>
<i>2018-01-01</i>	<i>2018-04-30</i>	<i>Mayo 25 de 2018</i>	<i>Mayo 31 de 2018</i>
<i>2018-05-01</i>	<i>2018-08-31</i>	<i>Septiembre 25 de 2018</i>	<i>Septiembre 30 de 2018</i>
<i>2018-09-01</i>	<i>2018-12-31</i>	<i>Enero 25 de 2019</i>	<i>Enero 31 de 2019</i>

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

CAPITULO 3: REPORTE DE INFORMACION - ESTRUCTURA

1. INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

Para garantizar que la información suministrada cumpla con las condiciones técnicas necesarias para su utilización, deberá ser preparada y enviada oportunamente teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

1.1. Información Enviada por las EPS al Ministerio

Información sobre todos los servicios de salud prestados en el 2018 a los afiliados de las ciudades incluidas en el piloto, pertenecientes al Régimen Subsidiado, de acuerdo con la estructura descrita a continuación:

1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.

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

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	PIP	Identificador del módulo de información: Prueba piloto igualación de prima pura UPC	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	EPIP	Información prueba piloto de igualación de prima pura régimen subsidiado - régimen contributivo	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	S	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: S: Subsidiado	1	SI

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Consecutivo del número del archivo enviado	99	Corresponde al número de archivo que está enviando la EPS, es decir 01, 02,03. Si envía un solo archivo debe colocar 01. Si está enviando más de un archivo coloque el consecutivo para cada uno.	2	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

NOMBRE DEL ARCHIVO

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DE ARCHIVO	LONGITUD
Archivo de la información sobre Prueba piloto igualación de prima pura UPC	PIP140EPIPAAAAMMDDNI000000000S99.TXT	39

1.3. Estructura del Contenido del Archivo.

El archivo de la información para el Estudio de Suficiencia está compuesto por los siguientes tipos de registros:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle para el reporte de: Procedimientos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	Obligatorio
Tipo 5	Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de tecnologías (Procedimientos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	Obligatorio
Tipo 6	Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de	Obligatorio

	tecnologías (Medicamentos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	
Tipo 8	Registro de detalle Insumos y dispositivos médicos: lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	Obligatorio

1.3.1. Registro tipo 1 – Registro de control.

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

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

**1.3.2. Registro tipo 2 – Registro de detalle para para el reporte de:
Procedimientos realizados que se encuentran dentro del Plan de
Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo la Clasificación Única de
Procedimientos en Salud (CUPS).**

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Indica que el registro es de Procedimientos	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Corresponde al consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando; debe iniciar en 1 para el primer registro y continuar de manera incremental de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político	SI

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

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	
10	Código del procedimiento	8	A	<u>Procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS, Resoluciones 5171 y 483. Tabla de referencia CUPS 2018	SI
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento	1	A	C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. P: Pago por caso, conjunto	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>* Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Número de días estancia	3	N	<p><u>Número de días de estancia:</u> Días que permaneció hospitalizado; todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Cuando no aplique registrar cero (0).	
14	Valor del Procedimiento	10	N	<p>Corresponde al valor del Procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles.</p> <p>Reportar sin decimales.</p> <p>Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del procedimiento debe ser mayor a cero.</p>	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	<p>Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).</p>	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	<p>Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.</p>	SI
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	<p>Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
18	Numero de factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE:

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

1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: Medicamentos realizados que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Indica que el registro es de Medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	
3	Número de Identificación de la persona que recibió el medicamento	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el medicamento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el medicamento	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</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
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	SI
10	Código de Medicamento dispensado	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <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>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-).</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</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>Para los 2 productos que se encuentran en la sección de "Varios" del anexo 1 de medicamentos financiados con recursos de la UPC los códigos a utilizar serán</p> <p>a. FÓRMULA LÁCTEA POLVO CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE. El código a utilizar para el reporte será: V06C</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</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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: V06DX01</p>	
11	Ámbito de prestación	1	A	<p>A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario</p>	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>* Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Cantidad dispensada	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1, Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</u></p> <p>Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
14	Días de tratamiento	3	N	<p><u>Información solicitada para prestaciones realizadas a partir del 1 de enero de 2018.</u></p> <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 para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos.</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>	SI
15	Valor del Medicamento	10	N	<p>Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al <u>valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo anterior.</u></p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI
16	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	<p>Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros cuando no aplica, registrar cero (0).</p>	SI

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

NOTA IMPORTANTE:

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

1.3.4. Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de tecnologías (Procedimientos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	5: Indica que el registro es de Medicamentos. Artículo 128 Resolución 5269 de 2017.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el procedimiento	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el procedimiento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</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
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</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
9	Fecha de prestación del Procedimiento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y realizado con cargo a la UPC	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
10	Código del Procedimiento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y realizado con cargo a la UPC	8	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, Resoluciones 5171 y 483.	SI
11	Ámbito del Procedimiento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y realizado con cargo a la UPC	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y realizado con cargo a la UPC	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>* Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Número de días estancia	3	N	<p>Número de días de estancia: Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento.</p> <p>Cuando no aplique registrar cero (0).</p>	SI
14	Valor del Procedimiento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y realizado con cargo a la UPC	10	N	<p>Corresponde al valor del Procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del procedimiento debe ser mayor a cero.	
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
18	Código del Procedimiento descrito en Plan de beneficios en Salud	8	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS 2018.	SI
19	Valor del Procedimiento descrito en Plan de beneficios en Salud	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
20	Numero de factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN.	SI

NOTA IMPORTANTE:

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

1.3.5. Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 128 de la Resolución 5269 de 2017, Reconocimiento de tecnologías (Medicamentos) no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	6: Indica que el registro es de Medicamentos. Artículo 128 Resolución 5269 de 2017.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el medicamento	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el medicamento	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el medicamento	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el medicamento	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
6	Código Municipio	5	A	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos primeros (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde a la residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</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
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</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	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	SI
10	Código del Medicamento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y dispensado con cargo a la UPC.	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <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 tramitó 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). 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</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				número de expediente ni en el consecutivo.	
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y dispensado con cargo a la UPC	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>pactadas previamente.</p> <p>** Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Cantidad dispensada del medicamento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y dispensado con cargo a la UPC	3	N	<p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver Aclaración en la ilustración No. 1, Unidad de reporte según la forma farmacéutica.</p> <p>En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
14	Días de tratamiento	3	N	<p>Información solicitada ÚNICAMENTE para prestaciones realizadas a partir del 1 de enero de 2018.</p> <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 para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos.</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>	SI
15	Valor del medicamento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud y dispensado con cargo a la UPC.	10	N	<p>Corresponde al valor del Medicamento dispensado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.</p> <p>Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al <u>valor total de la cantidad total dispensada y reportada</u> en el campo anterior.</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p> <p>Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
16	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario: cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de medicamentos o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
17	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
18	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
19	Código de Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación)	11	A	<p>Código ATC tal y como aparece de conformidad con Artículo 128 Resolución 5269 de 2017, del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud (contra el cual se realiza la comparación)</p> <p>Ejemplo 1. Medicamento que incluye varias o todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas según lo descrito en la resolución de la vigencia 2018:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL O FORMAS FARMACÉUTICAS QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO</p> <p>El código a reportar en este campo es: N02BE01</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>b. FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS El código a reportar en este campo es: B02BD02</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según resolución de la vigencia 2018:</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS" El código a reportar en este campo es: L04AB04</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye varios principios activos en combinación a dosis fijas, todas las concentraciones y todas o algunas formas farmacéuticas específicas, según resolución de la vigencia 2018:</p> <p>d. TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS El código a reportar en este campo es: J01EE01</p> <p>Ejemplo 4. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de referencia según la resolución de la vigencia 2018:</p> <p>e. ENOXAPARINA del grupo de referencia GRUPO DE LAS HEPARINAS INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS</p> <p>Si se compara el medicamento NO</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC contra por ejemplo una Heparina de Bajo Peso molecular (HBPM). Esta HBPM se encuentra incluida en el subgrupo de referencia: con código ATC B01AB-GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS, sin embargo debe reportarse el código ATC completo que identifica el principio activo que hace parte del subgrupo, es decir la HBPM específica. Los códigos de cada principio activo se encuentran disponibles en tablas de referencia.</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>Por ejemplo si se trata de Enoxaparina el código a reportar en este campo debe ser: B01AB05</p>	
20	Concentración del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud, dispensado con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación)	20	A	<p>Cantidad numérica (sin separador de miles) del principio activo contenido en la mínima unidad de dispensación del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (contra el cual se realiza la comparación) 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</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>medicamento comercialmente se presenta como 300 mg/3 mL, equivale a 100 mg/mL</p> <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 correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>Se debe especificar la concentración del medicamento teórico que se reemplaza:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL O FORMAS FARMACÉUTICAS QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO</p> <p>" Si se trata por ejemplo de una tableta de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: 500</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:</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>1000</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según resolución correspondiente para 2018: 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 prellenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: 40</p>	
21	Unidad de concentración del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud dispensado con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	<p>Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (contra el cual se realiza la comparación) 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.</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</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>concentraciones y con forma farmacéutica específica descrita en resolución correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL O FORMAS FARMACÉUTICAS QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO Si se trata 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. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: UC064 que corresponde a U.I. de factor VIII</p> <p>Ejemplo 2. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según resolución correspondiente para la vigencia 2018.</p> <p>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 prellenada de 40 mg/0.8 mL: El valor a reportar en este campo es: UC047 que corresponde a mg/0,8</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>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 correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>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. 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 correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>e. "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. El valor a reportar en este campo es: UC043 que corresponde a mg/0,4 mL</p>	
22	Forma Farmacéutica del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud dispensado con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación)	5	A	Corresponde a la forma farmacéutica del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UCP (contra el cual se realiza la comparación) y teórico, por ejemplo: polvo estéril para inyección, cápsula, suspensión oral, entre otras. Para el	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>reporte de este campo, se debe emplear el código asignado para cada forma farmacéutica, en la tabla de referencia para FORMAS FARMACÉUTICAS.</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 correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>a. "ACETAMINOFÉN INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL O FORMAS FARMACÉUTICAS QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO" Si se trata por ejemplo de un comprimido de 500 mg: El valor a reportar en este campo es: FF071 que corresponde a "TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO (Incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido)"</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</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>por vial. Por ejemplo si el vial es de 1.000 Unidades Internacionales: El valor a reportar en este campo es: FF038 que corresponde a "POLVO ESTERIL PARA INYECCIÓN"</p> <p>Ejemplo 3. Medicamento que incluye todas las concentraciones y todas las formas farmacéuticas, según resolución correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>Se debe especificar la forma farmacéutica del medicamento dispensado:</p> <p>c. "ADALIMUMAB Incluye todas las concentraciones INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS". Por ejemplo si se trata de una jeringa prellenada de 40 mg/0.8 mL: 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 según resolución correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>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. 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</p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>película), gragea y comprimido)"</p> <p>Ejemplo 5. Medicamento que se encuentra incluido en uno de los subgrupos de cobertura con o sin Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) según la resolución correspondiente para la vigencia 2018:</p> <p>e. "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: <u>FF051 que corresponde a "SOLUCIÓN INYECTABLE"</u></p>	

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
23	Unidad de medida de dispensación del medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación).	5	A	<p>Corresponde a la unidad mínima de medida del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (contra el cual se realiza la comparación) 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.</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	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
24	Cantidad teórica del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación).	3	N	<p>Reporte la cantidad teórica del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se habría utilizado en lugar del medicamento NO descrito en el Plan de Beneficios en Salud que se dispensó con cargo a la UPC. Se debe reportar en unidades mínimas de dispensación que correspondan a las reportadas en el campo 21 y no en presentación comercial. Por ejemplo si la presentación comercial es una caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales que se habría dispensado y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.</p> <p>Ver Aclaración en la <u>ilustración No. 1, Unidad de reporte según la forma farmacéutica en 1.4.6. Unidad de reporte según la forma farmacéutica</u></p> <p>El número de unidades teórico del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se habría dispensado a los usuarios, siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
25	Valor del Medicamento descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, (contra el cual se realiza la comparación).	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 128 de la Resolución 5269 de 2017 "Reconocimiento de tecnologías (medicamentos) no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC"</p>	SI
26	Numero de factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

NOTA IMPORTANTE:

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

1.3.6. Registro tipo 8 – Registro de Detalle de Insumos y dispositivos médicos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	8: Indica que es el registro de Detalle de dispositivos médicos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo. Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	SI
2	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	SI
3	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	17	A	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	SI
4	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona que recibió el servicio	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</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
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</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	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Fecha de entrega del insumo, dispositivo médico	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio.</p> <p>Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.</p> <p>En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p>	SI
10	Código del insumo, dispositivo médico	8	A	<p>Registro de Detalle de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.</p> <p>Ver tabla 3 Códigos de reporte de Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía.</p>	SI
11	Ámbito de prestación del insumo, dispositivo médico	1	A	<p>A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario</p>	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del insumo, dispositivo médico	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o</p>	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<p>suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>* Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	
13	Cantidad	3	N	Número de Unidades entregadas	SI

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
14	Valor del Insumo, dispositivo médico	10	N	Corresponde al valor del Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario: cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica insumos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto o cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud".	SI
18	Numero de factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN.	SI

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE:

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

- El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.

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

1.4.1. Registro control

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

Ejemplo: MEDIMAS

Código asignado para el Régimen **Contributivo EPS044**

Código asignado para el Régimen **Subsidiado EPSS45**

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

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

1.4.2. Valor, Valor Cuota Moderadora y Valor Copago

El valor a reportar en el campo Valor Corresponde SOLO al valor del Procedimiento, medicamento o Insumo entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago.

1.4.3. Archivo Plano

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

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

Para los adultos, mayores de 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la cédula de ciudadanía.

Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con el pasaporte, y para los residentes o con permiso de permanencia, es decir, no turistas, se deben identificar con la cédula de extranjería.

Los niños entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad. Para niños menores de 7 años, el tipo documento será el registro civil.

MS: Solo se debe utilizar para el Recién Nacido vivo sin identificar (hasta los 30 días de nacido), y se registra: Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). Si ya está registrado el documento será el RC: Según el anexo técnico de la Resolución N° 812 de 2007, se entiende como recién nacido SIN IDENTIFICAR al menor nacido vivo con una edad menor o igual a treinta (30) días.

Según el mismo anexo, el tipo de documento MS lo puede utilizar el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado, el Régimen de Excepción, Medicina Pre pagada, Seguros de Salud y Planes Complementarios de Salud, para el afiliado menor de edad recién nacido vivo SIN IDENTIFICAR con edad menor o igual a 30 días, mientras se registra ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.

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

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

Tabla 2 para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del estado Civil, según el Anexo Técnico de la Resolución N° 812 de 2007

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 S 8125
Comunidad Indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 I 8125
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 D 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 A 0009

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014I8125.
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: 05001D0008

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

Las longitudes máximas según el tipo de documento:

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

1.4.6. Campo Código del diagnóstico principal

De acuerdo con la Resolución 3374 de 2000

1. Para el registro de datos de consulta anotar el código de **diagnóstico confirmado** o presuntivo que originó la atención.
2. En actividades de promoción y prevención registrar el código CIE-10 perteneciente al capítulo XXI Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) que mejor describa la condición o factor que influye en el estado de salud del paciente.
3. Para el registro de datos de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos anotar el correspondiente diagnóstico que condujo a la realización del procedimiento.
4. Para el registro de datos de prestación individual de servicios de urgencias con observación anotar el diagnóstico principal de salida del servicio.
5. Para el registro de datos de hospitalización anotar el diagnóstico principal de egreso; no se deben registrar códigos CIE-10 pertenecientes al capítulo XXI (Z00- Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud)
6. Para el registro de datos de prestación individual en el ámbito domiciliario, se debe registrar el código CIE-10 de la patología que originó la atención.

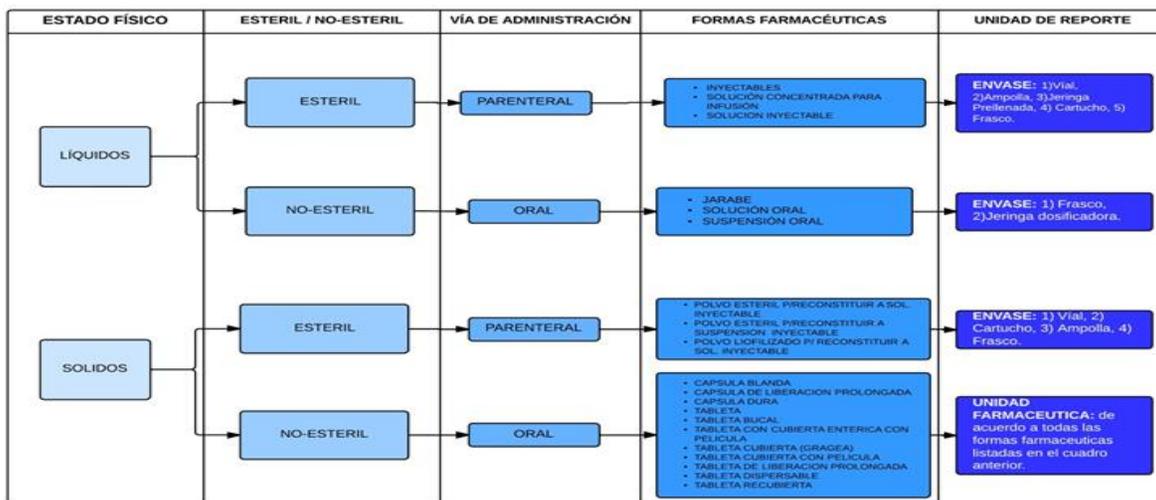
1.4.7. Campo Código del diagnóstico relacionado

De acuerdo con la Resolución 3374 de 2000 esto es:

1. En consulta ambulatoria anotar cuando corresponda el código CIE 10 del **diagnóstico relacionado**, sea este confirmado o presuntivo.
2. En actividades de promoción y prevención registrar el código CIE-10 que mejor describa la condición o factor que influye en el estado de salud del paciente y que guarde relación con la actividad realizada.
3. Para el registro de datos de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos anotar el diagnóstico relacionado, si aplica.
4. Para el registro de datos de prestación individual de servicios de urgencias con observación anotar el diagnóstico relacionado a la salida, si aplica.
5. Para el registro de datos de hospitalización anotar el diagnóstico relacionado con el principal y que ameritó la realización de procedimientos o suministro de servicios. En este ámbito se excluyen los códigos CIE-10 del capítulo XXI (Z00- Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud). Las patologías que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.
6. Para el registro de datos de prestación individual en el ámbito domiciliario, se debe registrar el código CIE-10 de la patología relacionada con el diagnóstico que originó la atención y ameritó la realización de procedimientos o suministro de servicios. Las patologías que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

1.4.8. Unidad de reporte según la forma farmacéutica:

Ilustración N.1



Fuente: Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud – EPS para el Estudio de Suficiencia. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

1.4.9. Códigos de reporte de actividades diferenciales del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas

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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Estas actividades se deben reportan en la estructura definida en el Registro tipo 2 , con las siguientes características:

No.	Nombre Del Campo	Longitud Máxima Del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
9	Código del Diagnóstico Principal	4	A	R69X	SI
10	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	R69X	SI
11	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A:Ambulatorio	SI
12	Forma de Reconocimiento y Pago del Procedimiento	1	A	S: Pago por Servicio	SI
15	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	0 (Cero)	SI
16	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	0 (Cero)	SI

1.4.10. Códigos de reporte de Insumos y dispositivos médicos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía

Para el reporte del registro tipo 8: Insumos, Lentes, Monturas, Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, glucómetro, tirillas, lancetas y kit ostomía se deben utilizar los siguientes códigos:

Código	Descripción
D00001	Stent duodenal
D00002	Stent coronario recubierto o medicado
D00003	Stent coronario convencional o no recubierto
D00004	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00005	Tirillas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00006	Lancetas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00007	Kit de ostomía
INSUMO	Insumos
170100	Lentes
170200	Monturas

1.4.11. Reporte de Transporte en Zonas Dispersas

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

Tabla 3 Códigos de reporte de Transporte Zonas Dispersas

Código	Descripción
S34101	TRASLADO ACUATICO EN ZONA DE DISPERSION
S34201	TRASLADO AEREO EN ZONA DE DISPERSION
S34301	TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSION

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

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

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

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

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

- a. En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes:
A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha T-Texto con caracteres especiales.
- b. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- c. Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- d. El separador de campos debe ser punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial coma (,).
- e. Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, en este campo se colocara cero (0).
- f. Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni ningún otro carácter especial.
- g. Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.

- h. Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- i. Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- j. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios.
- k. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.
- l. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro
- m. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

3. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario debe solicitarlo previo registro de su entidad en el Portal del SISPRO.

Registrar entidad:

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

Registrar solicitud de usuario:

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

Control de calidad de los datos.

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

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

- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

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

Mesa de ayuda.

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

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

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

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

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

Tratamiento de la información.

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

Seguridad de la información.

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

4. INFORMACIÓN A REPORTAR

Para el cumplimiento de los objetivos definidos, **se requiere información desagregada** de todas y cada una de los procedimientos, medicamentos e insumos realizados y entregados a los afiliados, es decir los beneficios en salud contemplados en cada uno de los regímenes.

Para ampliar la información que se debe reportar consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx> donde encontrará la Solicitud de Información y las tablas de Referencia. Se recomienda enviar archivos con máximo de 2.000.000 de registros para optimizar el transporte de la información.

Fuente de datos

Los registros individuales deben obtenerse del Sistema de Información de las EPS. Se deben incluir, independientemente de la forma de reconocimiento y pago, todos los procedimientos realizados, los medicamentos entregados, e insumos suministrados durante el año 2018.

La unidad de registro para el archivo del procedimiento realizado, medicamento entregado e insumo suministrado, a personas plenamente identificadas en una fecha definida. Cuando en una misma fecha se prestan varios servicios se registrarán uno a uno con su respectivo código.

Cada registro debe contener un solo tipo de procedimiento o medicamento.

5. TABLAS DE REFERENCIA:

Las tablas de referencia se encuentran dispuestas en la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

- Tablas División político administrativa DANE,
- Codificación CIE – 10,
- Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS2018.
- Tabla de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y
- Tabla de Códigos ATC, Formas Farmacéuticas, Unidad de Concentración, Unidad de Medida de Dispensación, Insumos (INDILM).

CAPITULO 4: REPORTE DE INFORMACION FINANCIERA
CERTIFICACION DEL COSTO Y FORMATO DE COBERTURA

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

Ciudad: _____, día ____ de mes _____ de 2018

Doctor

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Asunto: Remisión de información para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud. **Periodo: Cuatrimestre comprendido entre _____ y _____.**

Nombre de la Empresa Promotora de Salud _____
Régimen _____ (Una carta por c/ Régimen)

Respetado doctor,

Por la presente relacionamos los archivos cargados en la plataforma PISIS:

Código de la EPS	Nombre de archivos enviados por PISIS	Número de registros (Filas)
ARCHIVOS PRESTACION DE SERVICIOS (T2-T3-T5-T6-T8)		
	TOTAL REGISTROS PRESTACION SERVICIOS	

Certificamos que el costo total del cuatrimestre comprendido entre el XX de XXXX de 2018 y el XX de XXXX de 2018 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

\$ _____ **(C) Por capitación**
\$ _____ **(S) Por Servicio o Evento**
\$ _____ **(P) Por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por Diagnóstico**
\$ _____ **(I) Pago Directo**
\$ _____ **Total**

CONTACTOS EN LA EPS:

Nombre Representante Legal:

Correo electrónico Representante Legal:

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

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS

2. COBERTURA DE INFORMACIÓN

Para poder garantizar confiabilidad y representatividad de los datos reportados y de los cuales se generará información sobre el comportamiento de la demanda, oferta, perfil epidemiológico, cobertura de acciones de P y P y otra, se requiere que la EPS adicione al archivo la información sobre las IPS que le prestaron servicios en ese período y el porcentaje que representan estos registros frente a los esperados por cada tipo contratación. Así:

CÓDIGO DE LA IPS QUE PRESTO LOS SERVICIOS EN EL PERIODO*	NOMBRE DE LA IPS QUE PRESTO LOS SERVICIOS EN EL PERIODO	TIPO DE CONTRATACION**	PORCENTAJE DE REGISTROS ENTREGADOS RESPECTO AL TOTAL QUE DEBIA ENTREGAR LA IPS PARA CADA TIPO DE CONTRATO

* Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud”

**Las modalidades deben ser:

C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

***Según Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.**

I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.

3. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC

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

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

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

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

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

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

EPS	NUM_NIT/CC	RAZÓN SOCIAL	DPTO. MUNICIPIO	EMAIL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	DESCRIPCIÓN PROVEEDOR
EPS123	N8160001XXX	JUANITA XXXX	05001	juanita@hotmail.com	DG 45 35 60	3485697	PRÓTESIS DENTAL

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

CAPITULO 5: DESCRIPCION DE GRUPOS DE CALIDADES

1. GRUPO DE CALIDADES

Grupo de calidad 1 – Estructura: verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.

Grupo de calidad 2 – Contenido: revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.

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

- Valor soportado en servicios con forma de reconocimiento “S”
- Tabla CIE-10 con edad y sexo
- Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario días de estancia. Cruce con CIE-10 (Fase de observación)
- Tabla CUM con cobertura
- Tabla de Prestadores reportados con N o C

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

- Derechos de los usuarios.
- Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.
- Cantidad de actividades realizadas por año.
- Valor reportado de consumo año.
- Puerta de entrada dispensación de medicamentos.
- Puerta de entrada dispensación de insumos o dispositivos.

Grupo de calidad 5 - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación:

- Durante el día
- Durante el mes
- Durante el año
- En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.

Grupo de calidad 7 - Dosis Máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.

Grupo de calidad 9 - Cruce CUPS con CIE-10. Verificación de la correspondencia del Procedimiento con el Diagnostico.