

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2020****()**

"Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, el artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado y adicionado por los Decretos 2562 de 2012 y 1432 de 2016, y el artículo 41 de la propuesta de Resolución publicada.

CONSIDERANDO

Que la Ley 1751 de 2015 en su artículo 5, señala como obligación del Estado adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Que la misma Ley, en su artículo 6 ordena al Estado promover la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. De la misma manera, establece que el Estado y todos los actores del sistema de salud deben procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Que en desarrollo de la integralidad de que trata el artículo 8, concordado con lo establecido en el primer inciso del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, la gestión y goce efectivo del derecho a la salud debe ser completa sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Que la referida Ley Estatutaria en salud, definió los criterios de los servicios y tecnologías que deben ser excluidos de la financiación con los recursos de la salud, y en consecuencia de forma implícita o concomitante determinó que el conjunto de servicios y tecnologías en salud autorizados en el país hacen parte de los beneficios a que tienen derecho los colombianos, definiendo en su capítulo II los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, y en virtud de ello se han previsto mecanismos para actualizar

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

integralmente y financiar los servicios y tecnologías en salud a los que tienen derecho la población afiliada residente en el país.

Que uno de los mecanismos para proteger el derecho fundamental a la salud es el hoy denominado mecanismo de protección individual, sin perjuicio del desarrollo de otros mecanismos que garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud vía el aseguramiento.

Que con base en lo anterior, el sistema de salud colombiano financia para todos los ciudadanos la totalidad de servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, excluyendo aquellos servicios y tecnologías que cumplan con al menos uno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria y que en tal sentido, los actores y agentes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud requieren conocer y tener definidos los mecanismos de financiación de la cobertura integral de los servicios y tecnologías en salud que se encuentran autorizados en el país.

Que el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", establece que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, conforme a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. Así mismo establece que para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos servicios y tecnologías, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros. En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio.

Igualmente dispone el artículo antes referido que, en todo caso las EPS deben considerar la regulación de precios y aplicar los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, y remitir la información que este requiera.

Que el artículo 41 de la propuesta de resolución, que se encuentra publicada, que se señala la responsabilidad de las EPS de suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio la información según lo determinen estas últimas, en la oportunidad, periodicidad, calidad y vía requerida.

Que, conforme a lo anterior, se hace necesario estructurar la solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, en los componentes de Procedimientos, Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, y Servicios Sociales Complementarios y Dispositivos médicos.

Artículo 2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud –EPS- y Entidades Obligadas a Compensar –EOC- que operan los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Artículo 3. Solicitud de Información. Para efectos de la aplicación de la presente Resolución, se envía y publica el documento “Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020, para seguimiento de la vigencia 2020 y el Estudio del Presupuesto Máximo de la vigencia 2021” el cual hace parte integral de esta Resolución.

Artículo 4. Periodos de reporte. Para efectos de la aplicación de la presente Resolución, las EPS deben realizar el reporte en los siguientes periodos de forma bimestral, en las fechas indicadas en el siguiente cuadro:

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final y Fecha de Corte	Fecha inicial	Fecha final
2020-01-01	2020-02-29	Marzo 24 de 2020	Marzo 31 de 2020
2020-03-01	2020-04-30	Mayo 26 de 2020	Mayo 30 de 2020
2020-05-01	2020-06-30	Julio 27 de 2020	Julio 31 de 2020
2020-07-01	2020-08-31	Septiembre 24 de 2020	Septiembre 30 de 2020
2020-09-01	2020-10-31	Noviembre 23 de 2020	Noviembre 30 de 2020
2020-11-01	2020-12-31	Enero 25 de 2021	Enero 30 de 2021

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C,

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

ANEXO 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 Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado

Reporte de la información sobre los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020, es decir no financiadas con cargo a la UPC, suministradas a los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, en la estructura descrita a continuación:

1.2. Estructura y Especificación del Nombre de los Archivos.

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

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	PMT	Identificador del módulo de información: Registro de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado	3	SI
Tema de información	PMCS	Información de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Tipo de identificación de la entidad reportante	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad reportante	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	R	Corresponde al régimen C: Contributivo S: Subsidiado M: Movilidad del contributivo al subsidiado V: Movilidad del subsidiado al contributivo	1	SI
Consecutivo del número del archivo enviado	99	Corresponde al número de archivo que está enviando la EPS, 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
Registro de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo	PMT140PMCSAAAAMMDDNIxxxxxxxxxxxxR99.txt	39

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

1.3. Estructura del Contenido del Archivo.

El archivo de la información de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo, 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 los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Procedimientos Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Medicamentos Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	Obligatorio
Tipo 4	Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Alimentos con propósito medico especial APME	Obligatorio
Tipo 9	Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Servicios Sociales Complementarios	Obligatorio
Tipo 10	Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Dispositivos médicos	Obligatorio

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

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	12	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud para EPS.	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 el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Procedimientos Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Mediante el registro tipo 2, las EPS reportan el detalle de los procedimientos.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Indica el Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Procedimientos Bajo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).	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

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

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

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	
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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.	SI
10	Código del procedimiento	6	A	<u>Procedimiento:</u> La codificación permitida para procedimientos es CUPS año 2020. Ver tabla de referencia CUPS_2020	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. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por los procedimientos, realizados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de los procedimientos, realizados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. * Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Número de días estancia	3	N	<u>Número de días de estancia:</u> Días que permaneció hospitalizado. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico. 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. Es importante que el dato sea lo más exacto posible con los días de estancia relacionados con el procedimiento reportado en el campo 10. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
14	Valor del Procedimiento	10	N	Corresponde al valor del procedimiento realizado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0), sin embargo, si la forma de reconocimiento es S: Pago por evento* el valor del	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. Cuando no aplica, registrar cero (0).	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" (REPS) Si el proveedor no tiene REPS debe ser reportado en el archivo descrito en el numeral 2. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	SI
18	Número factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA IMPORTANTE:

- Cada archivo debe contener la información correspondiente a un SOLO tipo de registro. Los archivos combinados no serán tenidos en cuenta.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

1.3.3. Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Medicamentos 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 el Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Medicamentos Bajo el Código Único de Medicamentos (CUM)	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
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	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				persona a la cual se le presta el servicio.	
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal para el caso de medicamentos es el DX por el cual se hace necesaria la formulación del medicamento. Ejemplo: Paciente con VIH que consulta por infección urinaria, le formulan ciprofloxacina; en este caso el Dx debería ser la infección urinaria, no el VIH. *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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	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 Misterio de Salud y Protección Social. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI
9	Fecha de dispensación del Medicamento	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.	SI
10	Código de Medicamento	12	A	Todos los medicamentos incluidos en este tipo de reporte deben reportarse mediante su	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				correspondiente Código Único de Medicamentos. Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co. El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos. El número trazador se compone del número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo:19938463-100 (12 caracteres) 19498-1 (7 caracteres) 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.	
11	Ámbito de prestación	1	A	A:Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago del medicamento NO financiado con la UPC	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	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago de los medicamentos entregados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos los medicamentos entregados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. * Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial. 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. Ver Tabla 3. <u>Tabla de referencia formas farmacéuticas para Presupuestos Máximos</u> página 49. Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
14	Días de tratamiento	3	N	Expresado en días (completos). Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días. Ejemplo: si se prescriben 5 dosis cada 6 horas, los días de tratamiento serán (2) Dos. En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.	SI
15	Valor del Medicamento	10	N	Corresponde al valor del Medicamento entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo 13. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
16	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
17	Valor asumido por el usuario (Copago)	10	N	Corresponde al valor pagado por el usuario, copagos. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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" (REPS) Si el proveedor no tiene REPS debe ser reportado en el archivo descrito en el numeral 2. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	SI
19	Numero 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 NO serán tenidos en cuenta.

1.3.4. Registro tipo 4 – Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: **Alimentos con Propósito Médico Especial APME**

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: Indica el Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Alimentos con propósito medico especial APME	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

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
2	Tipo de Identificación de la persona	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	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	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona	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 Ejemplo: Paciente con diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica, le formulan Glucerna. *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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI
9	Fecha de dispensación	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los alimentos con propósito medico se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.	SI
10	Código del APME	6	A	Registro de detalle del código de Alimentos con Propósito Médico Especial APME. Ver tabla de referencia Alimentos con Propósito Médico Especial APME	SI
11	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago	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. S: Pago por evento* . Mecanismo en el cual el pago de los APME	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				entregados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos los APME entregados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. * Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del alimento con propósito médico especial se debe reportar en unidades mínimas de dispensación, que deben corresponder a las presentaciones comerciales descritas en la tabla de Lista de alimentos con propósito médico. Ver tabla de referencia Alimentos con Propósito Médico Especial APME	
14	Días de tratamiento	3	N	Expresado en días (completos). Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del producto nutricional. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días es decir que si se prescriben para 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán (2) Dos. En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias permita que sean más días.	
15	Valor del alimento con propósito medico	10	N	Corresponde al valor del alimento con propósito medico entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad total dispensada y reportada en el campo 13. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
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. 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" (REPS) Si el proveedor no tiene REPS debe ser reportado en el archivo descrito en el numeral 2. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	SI
19	Numero 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 NO serán tenidos en cuenta.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

1.3.5. Registro tipo 9 – Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Servicios Sociales Complementarios:

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	9: Indica el Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: <u>Servicios Sociales Complementarios</u>	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	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	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	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona	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	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	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. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI
9	Fecha de prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
10	Tipo de Servicio	1	N	P: Prescripción T: Tutela	SI
11	Código del Servicio	5	A	Código de los Servicios social Complementarios Ver tabla de referencia de Servicios Sociales Complementarios	SI
12	Ámbito de prestación	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago	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. S: Pago por evento* . Mecanismo en el cual el pago de los servicios sociales complementarios entregados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico* . Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos los servicios sociales complementarios entregados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. * Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
14	Cantidad dispensada	3	N	La cantidad dispensada del servicio social complementario se debe reportar en número de unidades prescritas entregadas al usuario. Ejemplo: Pañales = 120 UNIDADES, se debe reportar la cantidad en unidades suministradas y no por paquete. Este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
15	Días de tratamiento	3	N	Expresado en días (completos). Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del servicio social complementario. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones. Ejemplo: Pañales: 120 Unidades para 30 DIAS.	SI
16	Valor del servicio	10	N	Corresponde al valor del servicio social complementario entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Corresponde al valor total de la cantidad total dispensada . Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
17	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. Cuando no aplica, registrar cero (0).	SI
18	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
19	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" (REPS)	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Si el proveedor no tiene REPS debe ser reportado en el archivo descrito en el numeral 2. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	
20	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 NO serán tenidos en cuenta.

1.3.6. Registro tipo 10 – Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Dispositivos médicos que se encuentran creados en la herramienta tecnológica MIPRES

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	2	N	10: Indica Registro de detalle para el reporte de los servicios y las tecnologías en salud prestados con cargo al Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 en el componente de: Dispositivos médicos que se encuentran creados en la herramienta tecnológica MIPRES.	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	2	A	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación CN: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto PE: Permiso Especial de Permanencia	
3	Número de Identificación de la persona	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	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo de la persona	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde al lugar de residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal. *Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	
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 Misterio de Salud y Protección Social. Tabla de Referencia: CIE-10 Vigencia 2020.	SI
9	Fecha de entrega del dispositivo medico	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de suministro del dispositivo médico. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.	SI
10	Código del dispositivo médico	3	A	Corresponde al Código del dispositivo médico que se encuentra en: Tabla de referencia Dispositivos médicos: códigos a utilizar (041, 042, 043, 044)	SI
11	Ámbito de prestación del servicio	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
12	Forma de reconocimiento y pago	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.	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago de los dispositivos médicos entregados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos los dispositivos médicos entregados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. * Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades. I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
13	Cantidad de dispositivos médicos entregados	3	N	Número de dispositivos médicos En los registros de dispositivos médicos dispensados este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	SI
14	Valor del dispositivo medico	10	N	Corresponde al valor del dispositivo medico entregado. Este valor NO incluye ni la Cuota Moderadora, ni el Copago. Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Corresponde al valor total de la cantidad total de dispositivos	SI

Continuación de la Resolución: "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
				<u>médicos reportada en el campo anterior.</u> Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	
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. 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 el proveedor no tiene REPS debe ser reportado en el archivo descrito en el numeral 2. ARCHIVO CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NYC	SI
18	Numero factura	20	A	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN	SI