



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

**SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE
SALUD PARA EL “ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR
CAPITACIÓN 2008 Y DE LOS ACTUALES MECANISMOS DE
AJUSTE DEL RIESGO DETERMINANTES DEL GASTO DE LA
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN”**

INSTRUCTIVO 2009



TABLA DE CONTENIDO

1	MARCO LEGAL	5
2	OBJETIVOS	6
2.1	Objetivo general	6
2.2	Objetivos específicos	6
1.	Determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema.	6
2.	Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema.	6
3.	Establecer el promedio del valor de la prestación de servicios a la población afiliada de cada EPS y del Sistema.	7
4.	Establecer los denominadores de población para cada EPS en el Régimen Subsidiado, mediante la identificación de afiliados carnetizados. ..	7
5.	Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.	7
6.	Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.	7
3	INSTRUCTIVO GENERAL	7
3.1	Identificación de los Archivos	7
3.2	Estructura y contenido de los archivos	8
3.2.1	Tipo de archivos y separadores	8
3.2.2	Periodos a contemplar	8
3.2.3	Validaciones	8
3.2.4	Medios de envío	9
4	REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN	9
4.1	Información requerida sobre prestación de servicios de salud	10
4.1.1	Definiciones	10
4.1.2	Fuente de datos	13
4.1.3	Unidad de Registro	13
4.1.4	Definición de los ítems a detallar en el valor	19
4.1.5	Información de CTC y tutelas	21



4.2	Información requerida de la población carnetizada del Régimen Subsidiado	21
4.2.1	Fuente de datos	21
4.2.2	Unidad de Registro	21
5	COBERTURA DE INFORMACIÓN.....	23
6	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	24
7	RELACIÓN DE ANEXOS:.....	27
8	ENVIO DE LA INFORMACIÓN.....	28
9	CONSULTAS.....	28
10	ANEXOS.....	29
10.1	Formato carta de remisión de información 2008.....	29
10.2	Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS período 1 de enero al 31 de diciembre de 2008	31



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo	10
Tabla 1 Normatividad Aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.....	12
Tabla 1 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud .	13
Tabla 2 Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas.....	17
Tabla 3 Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud.....	19
Tabla 4 Variables y estructura del archivo de población carnetizada del subsidiado	22



SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL “ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2008 Y DE LOS ACTUALES MECANISMOS DE AJUSTE DEL RIESGO DETERMINANTES DEL GASTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN”

Con el propósito de formular las propuestas técnicas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) sobre ajuste a los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (POS-C y POS-S) y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación (UPC-C y UPC-S) para la vigencia 2010, el Ministerio de la Protección Social continuará realizando el Estudio de la suficiencia de la UPC para financiar los planes de beneficios, con base en información recopilada en todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los dos regímenes.

Por lo anterior, es fundamental la colaboración interesada de las EPS para que suministren la mejor información, con el fin de establecer si las primas pagadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son suficientes para financiar los planes de beneficios y realizar los estudios que van a soportar la decisión del Consejo en relación con el incremento de las UPC, la modificación de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo o actualización a los contenidos de los planes de beneficios.

1 MARCO LEGAL

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

¹ “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”

² Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993 Artículos 156 y 162, publicada en el diario oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23, diciembre, 1993



En el Plan Nacional de Desarrollo: “Estado Comunitario, Desarrollo para todos” - 2006-2010-, expedido por la Ley 1151 de 2007, en el capítulo tercero de Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad, acápite de Seguridad social en salud y salud pública, Cobertura de aseguramiento establece que: “Es indispensable revisar, redefinir y ajustar los planes de beneficios y el valor de la Unidad de Pago por Capitación, atendiendo los cambios en la estructura y composición de la población, así como la transición epidemiológica. Para ello el organismo de regulación realizará los estudios técnicos anuales. Éstos deberán valorar los actuales beneficios, sus costos y su pertinencia a la luz de las condiciones de salud presentes y futuras de la población.”

Adicionalmente en el mismo acápite de Metas y acciones requeridas contempla: “La implementación de un sistema de monitoreo de los costos de transacción de los servicios de salud y de un sistema de información que dé cuenta de los factores de riesgo, costos y frecuencias de uso, a través de los cuales sea posible tener insumos para monitorear el equilibrio de la Unidad de Pago por Capitación y revisar el plan de beneficios. Para el efecto será prioritario consolidar el uso de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). El organismo de regulación podrá implementar un sistema de información que permita cumplir con los objetivos aquí señalados y podrán definir multas o sanciones según corresponda, con el fin de incentivar el suministro de información.”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer los lineamientos para la solicitud de información sobre prestaciones de servicios a las EPS en el SGSSS, que servirá como insumo para determinar la composición y costos de los servicios utilizados por los afiliados del Sistema y establecer la suficiencia de la UPC para financiar el POS.

2.2 Objetivos específicos

1. Determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema.
2. Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema.



3. Establecer el promedio del valor de la prestación de servicios a la población afiliada de cada EPS y del Sistema.
4. Establecer los denominadores de población para cada EPS en el Régimen Subsidiado, mediante la identificación de afiliados carnetizados.
5. Establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente.
6. Evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3 INSTRUCTIVO GENERAL

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

3.1 Identificación de los Archivos

El archivo con la información suministrada debe venir identificado (nombrado en medio magnético y en el rótulo) con un código de 16 dígitos o caracteres de la siguiente forma:

- Tipo de archivo: El primer dígito será (S) cuando el archivo corresponde a servicios y (P) cuando el archivo corresponda a población.
- Código de la EPS: Los 6 dígitos siguientes con 3 letras y 3 números corresponderán al Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) así: EPS001 corresponde a la EPS cuyo código es el 001
- Régimen: El dígito siguiente define el Régimen al que pertenece la información. Para el Régimen Contributivo será C. Para el Régimen Subsidiado S, y para Régimen Subsidiado parcial será P.
- Registros: Los siguientes 8 dígitos, que corresponden al número de registros incluidos en el archivo.

Ejemplo: SEPS001C00500000 Corresponde al archivo de servicios (S) de la EPS001, en el régimen contributivo (C) que contiene 500000 de filas o registros (00500000).



3.2 Estructura y contenido de los archivos

3.2.1 Tipo de archivos y separadores

Los archivos a enviar deben ser en formato txt y las columnas deben estar separadas por coma (,).

3.2.2 Periodos a contemplar

El reporte de información corresponderá a los servicios de salud prestados durante **el período del 1 de enero a 31 de diciembre de 2008**, independientemente de que la facturación de los mismos sea posterior al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es el 31 de marzo de 2009.

El mismo periodo aplica para los reportes tanto de las EPS del Régimen Contributivo como para las de los Regímenes Subsidiado pleno y parcial, en lo referente a los archivos de:

- El Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Comités Técnicos Científicos (CTC)
- Tutelas

En el caso del reporte de población carnetizada para el Régimen Subsidiado aplica el mismo período, es decir, se debe reportar todos los afiliados que en algún momento entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008 estuvieron afiliados a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

3.2.3 Validaciones

La información reportada por las EPS, antes de ser enviada, debe ser validada con la malla de validación 2009 suministrada por el Ministerio de la Protección Social tanto para los archivos de prestación de servicios como los de población carnetizada, con el fin de detectar las inconsistencias existentes y hacer los ajustes o correcciones requeridas.

El Ministerio de la Protección Social una vez reciba la información realizará una nueva validación y requerirá a las EPS por medio electrónico, para la corrección de las inconsistencias o errores en un término no mayor a 5 días.



Para disminuir la posibilidad de errores en la información suministrada, se solicita comprobar por una persona diferente a la que produce los informes lo siguiente:

- ~ Que el archivo abra.
- ~ Que el archivo esté nombrado de acuerdo con el instructivo y contenga la información acorde con el mismo.
- ~ Que la estructura y contenido del archivo sea aceptado por la **mall** de **validación 2009** suministrada por el Ministerio de la Protección Social.

Es importante precisar, que las tablas de validación estarán disponibles en la página web del Ministerio de la Protección Social, al igual que la malla de validación 2009 a partir de día viernes 27 de abril de 2009.

3.2.4 Medios de envío

Se solicita el envío de información en CDs y/o DVDs debidamente rotulados individualmente así: Solicitud información MPS 2009, período 2008, código y nombre de la EPS, el número del total de medios (Ejemplo: en caso de tener 3 CDs marcar 1 de 3, 2 de 3 y 3 de 3) y el nombre de los archivos contenidos de acuerdo con las instrucciones que se especificaron anteriormente.

4 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores **se requiere información desagregada** de todas y cada unas de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados a los afiliados, con:

- Los que se garantizó el POS contemplado en cada uno de los regímenes.
- Los que se suministraron a través de los CTC y las tutelas, y que fueron glosados de manera definitiva (total o parcialmente) por FOSYGA debido a que son considerados servicios contemplados en los Planes Obligatorios de Salud, y en consecuencia deben ir con cargo a la UPC.

De manera transitoria, se permite el reporte de información agregada por actividad, intervención, procedimiento, medicamento e insumos, **solamente** en los casos previstos en este instructivo.

Con relación a la información de población en el régimen subsidiado se requiere del envío de los datos de identificación de los afiliados carnetizados.



4.1 Información requerida sobre prestación de servicios de salud

La información solicitada corresponde al registro de cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados a los afiliados a las EPS, considerando todas las variables que se detallan en la tabla 1.

4.1.1 Definiciones

1. Actividad: es la utilización de un recurso particular, bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
3. Intervención: Es la selección de un conjunto de actividades y procedimientos, acordes con un diagnóstico dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
4. Medicamento: Es toda sustancia integrada en una forma farmacéutica destinada a su utilización en las personas dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar funciones corporales o al estado mental, todo ello por la vía de administración adecuada, y con la dosificación de fármaco prevista.
5. Insumos: Hace referencia a los materiales, suministros, dispositivos médicos, prótesis, ortesis, injertos, válvulas, marcapasos, elementos ortopédicos y otros elementos de uso médico incluidos en el POS; y las soluciones para preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico con fines de trasplante.

A continuación se presenta la normatividad aplicable a los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo

Norma	Tema o asunto
-------	---------------



Acuerdo 008 de 1994	Adopta lineamientos generales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo
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
Resolución 412 de 2000	
Resolución 3384 del 2000	
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Acuerdo 226 de 2002	Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal
Acuerdo 228 de 2002	Listado de medicamentos
Acuerdo 236 de 2002	Medicamentos
Acuerdo 263 de 2004	Medicamentos
Acuerdo 259 de 2004	Carga viral para VIH y stent coronario no recubierto
Acuerdo 282 de 2004	Por el cual se incluyo el transplante hepático y algunos medicamentos
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.
Acuerdo 289 de 2005	Aclara cobertura de procedimientos de cirugía plástica
Acuerdo 302 de 2005	Mallas para hernioplastia
Acuerdo 313 de 2005	Colecistectomía laparoscópica
Acuerdo 336 de 2006	Medicamentos, formula láctea y Genotipificación de VIH.
Acuerdo 350 de 2006	Aspiración al vacío para Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE
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
Acuerdo 380 de 2007	Incluye anticonceptivos y condón
Acuerdo 368 de 2007	Se incluye medicamento Lopinavir+Ritonavir en tabletas
Ley 1122 de 2007	Reduce Periodo Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
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

Fuente: Página web del Plan Obligatorio de Salud.
<http://www.pos.gov.co/Paginas/relacionnormasposcontributivo.aspx>



Tabla 2 Normatividad Aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Acuerdo 306 de 2005	Establece primordialmente los casos, eventos y servicios para definir cobertura del POS-S incluyendo esquema de subsidios parciales
Resolución 5261 de 1994	"Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud" se aplica supeditado a lo definido en el Acuerdo 306 de 2005
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Acuerdo 226 de 2002	Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal
Acuerdo 228 de 2002	
Acuerdo 236 de 2002	
Acuerdo 263 de 2004	
Acuerdo 282 de 2004	
Acuerdo 336 de 2006	Medicamentos, formula láctea, microalbuminuria en el POSS y Genotipificación de VIH.
Acuerdo 368 de 2007	Se incluye medicamento Lopinavir+ Ritonavir en tabletas
Acuerdo 380 de 2007	Incluye anticonceptivos y condón
Acuerdo 289 de 2005	Aclara cobertura de procedimientos de cirugía plástica
Acuerdo 302 de 2005	Mallas para hernioplastia
Acuerdo 313 de 2005	Colecistectomía laparoscópica
Acuerdo 350 de 2006	Aspiración al vacío para Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE
Acuerdo 356 de 2007	Vasectomía
Acuerdo 395 de 2008	Atención ambulatoria especializada para Diabetes Mellitus tipo 2
Resolución 412 de 2000	
Resolución 3384 del 2000	
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
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Decreto 806 de 1998	Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
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
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

Fuente: Página web del Plan Obligatorio de Salud.
<http://www.pos.gov.co/Paginas/relacionnormaspossubsidiado.aspx>



Es importante aclarar que se pueden incluir actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo a la desagregación de las Resoluciones 365 de 1999, 2333 de 2000, 1896 de 2001 y 3772 de 2004 y en el Decreto 2423 de 1996 y que hacen parte del POS.

4.1.2 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, todas las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados durante el año 2008 y cubiertos por los planes de beneficios, así como aquellos servicios prestados por CTC y tutelas que no fueron reconocidos por FOSYGA por considerarse que son servicios contemplados en los planes de beneficios y en consecuencia deben ir con cargo a la UPC.

4.1.3 Unidad de Registro

La unidad de registro para el archivo de servicios es la **actividad, intervención, 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 actividad, intervención, procedimiento o medicamento, de acuerdo a la descripción de variables y estructura del siguiente archivo:

Tabla 3 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS (EPS /EOC/ESS/CCF)	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	7 Tipo texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de EPS, SNS
2	Tipo de Identificación	Tipo de identificación del afiliado	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
 Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
 13400

				AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20 Tipo Texto	Alfanumérico Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002 y 812 de 2007
4	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA (Verificar fechas de nacimiento anteriores a 01/01/1900)
5	Sexo	Genero del afiliado	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
6	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA



Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
7	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
8	Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal que originó la prestación.	4 Tipo texto	Codificación en CIE 10. Se anexa TABLA
9	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual. 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.
10	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	Código de actividad, intervención, procedimiento, medicamentos e insumos de acuerdo a las tablas de CUPS, y los Acuerdos 228, 236, 282 y 336, así como el código INSUMOS y MEDIAMBU.	11 Tipo texto	La única codificación permitida es CUPS; y para los medicamentos ambulatorios incluidos en el POS los Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS. El código para insumos (INSUMOS) se incluye en la Tabla CUPS y el código para medicamentos ambulatorios no identificados (MEDIAMBU) se incluye en la tabla MEDI
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos	Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta.	1 Texto	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de contratación (Ver descripción numeral 4.1.4)	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo A: Autorizado



Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
13	Número de días estancia o unidades de forma farmacéutica entregada	Suma de los días de estancia facturados o de la unidad de la forma farmacéutica entregada.	3 Tipo número	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, diagnóstico y servicio sin detalle, 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. 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). Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).
14	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumos	Valor reconocido por la EPS al prestador por concepto de la atención prestada (Ver descripción numeral 4.1.4)	10 Tipo número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0)
15	Valor asumido por el usuario (Cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	10 Tipo número	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a ordenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos 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).
16	Tipo de codificación utilizada	Indica a que manual de referencia corresponde el código que identifica la actividad, procedimiento o intervención, medicamento, insumos.	4 Tipo texto	CUPS: Resolución 365 de 1999 y ss MEDI: Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de	12 Tipo texto	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>Prestadores de Servicios de Salud" (tabla anexa) (tabla anexa)</p> <p>En el caso de entrega de medicamentos ambulatorios, teniendo en cuenta que los dispensarios de medicamentos no tienen asignado un código de habilitación, se debe registrar en este campo el valor 999999999999.</p> <p>En el caso de servicios prestados por instituciones que no son IPS y en consecuencia no cuentan con registro de habilitación, se debe registrar en este campo 000000000000. Este valor solo puede registrarse para servicios entregados por CTC o tutelas.</p> <p>En el caso de no tener el código de la sede registrar con 99</p>

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

NOTA: Todos los campos son obligatorios. No deben dejarse campos sin dato o vacíos.

Se precisa que los códigos de reporte de traslado de pacientes diferente a ambulancia contemplados en el artículo 2. de la Resolución 5261 de 1994 son: para traslados acuáticos (S31102), aéreos (S31202) y terrestres (S31302).

Se reitera que siguen vigentes los códigos de reporte de actividades individuales para dentro del marco del Acuerdo 326 de 2006, utilizados en el año 2007, producto de las reuniones que se realizaron durante el mismo año con las diferentes EPS indígenas. Las reuniones tenían por objeto dar a conocer la solicitud de información del Estudio de Suficiencia UPC 2006 y concertar las actividades, intervenciones y procedimientos de adecuación del POS del Régimen Subsidiado³. Los códigos se relacionan en la tabla a continuación:

Tabla 4 Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas

³ Acuerdo 326 de 2006 "Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas"



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Código	Actividad, intervención o procedimiento
S500001	Casa de paso
S500002	Guías bilingües
S500003	Acciones individuales de medicina tradicional
S500004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S500005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S500006	Acciones individuales de subsidios y/o autonomía alimentaria

Fuente: Elaboraciones propias de los autores



4.1.4 Definición de los ítems a detallar en el valor

El valor reconocido se debe registrar de acuerdo con la forma de reconocimiento y pago, así:

Tabla 5 Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
<p>Pago por servicio: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, medicamento o insumo más desagregado</p>	<p>Registrar el valor individual reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos.</p> <p>En el caso de insumos registrar el valor agregado de los insumos suministrados para una misma actividad, intervención o procedimiento.</p> <p>En el caso de las intervenciones o procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre parto. • Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación • Derechos de materiales <p>En caso de intervenciones bilaterales o múltiples practicadas por el mismo o diferente cirujano y/o por la misma o diferente vía de acceso se debe registrar el valor de cada cirugía agregado de acuerdo a lo detallado anteriormente, la intervención mayor en un 100% y las adicionales de acuerdo a los valores y/o porcentajes acordados con el prestador.</p> <p>En las intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros.</p> <p>En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales e insumos.</p>



FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
<p>Pago por servicio sin detalle: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, insumos o medicamento más desagregado, pero que no fue cargado en el sistema de información a nivel de cada actividad, intervención o procedimiento en forma detallada. Esta forma de registrar la información derivada de la forma de reconocimiento y pago por servicios en la cuál no se tiene el detalle de las actividades, intervenciones y procedimientos.</p>	<p>Registrar el valor reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencias con el código CUPS de la consulta correspondiente e incluyendo el valor de: consulta inicial, exámenes de diagnóstico, procedimientos, y observación, así como medicamentos e insumos utilizados hasta el momento en que se definió el destino del paciente. • Internación para tratamiento médico con el Código CUPS correspondiente según el nivel de complejidad y valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista e interconsultas; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso.
<p>Pago por procedimiento / paquete / conjunto de atención integral: Es el reconocimiento por paquete o conjunto de atención de todo lo relacionado con la intervención o procedimiento quirúrgico o no quirúrgico</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por la EPS por el paquete o conjunto de atención integral para el procedimiento mayor; para el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el paquete debe diligenciarse con el valor cero (0). Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos <u>no incluidos</u> en el paquete o conjunto de atención integral deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador.</p>
<p>Pago por diagnóstico: Es el reconocimiento global por la atención de un paciente con un diagnóstico específico.</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por la EPS por las atenciones generadas por un paciente con un diagnóstico específico, en el procedimiento mayor; en el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el pago debe diligenciarse con el valor cero (0) Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos <u>no incluidos</u> en el pago por diagnóstico deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador.</p>
<p>Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos</p>	<p>Registrar para cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos prestados en la red propia el valor promedio</p>



y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	calculado según número de actividades, intervenciones y procedimientos registrados.
Capitación: Es el reconocimiento de un valor fijo por afiliado registrado, sin tomar en consideración el número de servicios en un periodo.	Registrar cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos prestados a cada afiliado en el período capitado. Cuando se cuente con una valorización de la actividad se debe registrar dicho valor, de lo contrario se debe registrar el valor 0.
Autorizado: Corresponde a los valores que constituyen la reserva técnica de servicios autorizados y no facturados a 30/03/09	Registrar el valor total reservado por la EPS para el servicio autorizado en su red de prestadores de servicios de salud.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Es importante resaltar que los valores totales por cada una de las formas de reconocimiento y pago deberán registrarse en la carta modelo de remisión de la información, tal y como se detalla en el formato anexo.

4.1.5 Información de CTC y tutelas

Enviar en archivos adicionales los registros de CTC y tutelas, con la estructura de los registros POS. Los archivos se deben identificar con EPS###CTC y EPS###TUTELA. La codificación de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos deben ser registrados en la Tabla 1. En el caso de reporte de medicamentos NO POS, el campo debe ser registrado con el nombre del medicamento.

4.2 Información requerida de la población carnetizada del Régimen Subsidiado

4.2.1 Fuente de datos

La base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado que se utiliza para obtener el reconocimiento de las UPC-S por parte del ente territorial, complementada por otras fuentes en caso necesario. Debe especificarse en la carta remisoría.

4.2.2 Unidad de Registro

La unidad de registro corresponde a la persona afiliada al Régimen Subsidiado que ha recibido el carné.

El archivo se debe construir de acuerdo con la siguiente estructura y variables:



Tabla 6 Variables y estructura del archivo de población carnetizada del subsidiado

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	6	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de aseguradores, SNS
			Tipo texto	
2	Tipo de Identificación	Tipo de Identificación del afiliado	2	TI: Tarjeta Identidad
			Tipo Texto	CC: Cédula de Ciudadanía
				CE: Cédula Extranjería
				PA: Pasaporte
				RC: Registro Civil
				UN: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación AS: Adulto sin Identificación

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20	Alfanumérico con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002
			Tipo texto	
4	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2	Tabla división político administrativa – DANE.
			Tipo texto	
5	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3	Tabla división político administrativa - DANE
			Tipo texto	
6	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10	DD/MM/AAAA
			Tipo fecha	Verificar que corresponda con la realidad si es menor a 01/01/1900
7	Sexo	Sexo de afiliado	1	F: Femenino
			Tipo texto	M: Masculino
8	Nivel del SISBEN	Identifica el nivel del SISBEN al que pertenece el afiliado	1	N: Poblaciones especiales
				0: Nivel cero
			Tipo texto	1: Nivel uno
				2: Nivel dos
				3: Nivel tres
				4: Otro nivel
9	Fecha de carnetización	Fecha en la que se le hizo entrega del carné al afiliado	10	DD/MM/AAAA
			Tipo número	



10	No. de Días en que el afiliado permaneció activo durante el año.	Sumatoria de días en los cuáles el afiliado tuvo derecho a la prestación de servicios durante el año. Si el afiliado permaneció todo el año y no presento novedades el valor a registrar será 360.	3	###
			Tipo número	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

5 COBERTURA DE INFORMACIÓN

Con el propósito de adelantar tareas adicionales de revisión y ajuste, especialmente en lo que tiene que ver con la representatividad de la información enviada en los registros remitidos al Ministerio de la Protección Social, se hace necesario conocer la real cobertura de la información reportada por las EPS en registros individuales por servicio, actividad, procedimiento o intervención.

Para esto se debe diligenciar la matriz adjunta, la cual debe ser enviada en medio físico y magnético, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, con:

- El número de registros de prestación de servicios individuales que debían ser entregados por las IPS a la EPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales que se envían al Ministerio de la Protección Social y que pasaron la malla de validación por parte de la EPS según la estructura y contenido del archivo de la Tabla 1. correspondientes al año de estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que esta reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El valor declarado en la certificación del representante legal.



- El valor soportado en la base de datos de los registros enviados am MPS y que pasaron la malla de validación.

Con la información obtenida se ajustan los denominadores o población a riesgo, tomando como denominador o población a riesgo aquella que resulte de aplicar el valor de la proporción resultante del cálculo de la cobertura de la información de prestación de servicios de salud sobre la población de afiliados equivalentes.

6 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud son los siguientes:

Calidad 1

Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.

Calidad 2 y 3

Verificación de la consistencia interna de la información se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo. Verificación cruzada de la información buscando la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia; y en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.

En la consistencia interna de la información se realizan validaciones cruzadas entre dos o más variables de la solicitud, utilizando dos tablas una para Diagnósticos y otra para Actividad, intervención y procedimiento.

- Diagnósticos

Para la validación del Diagnostico se utiliza la tabla de CIE10 (CIE-10 validador.xls) con cinco columnas (código del diagnostico, nombre del diagnostico, sexo, edad mínima y edad máxima).

La primera columna se utiliza para la validación del campo en de calidad 1, la columna Diagnostico, sexo, Edad min. y Edad Máx. hacen validaciones cruzadas de la siguiente manera:



Sexo: (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.

Edad: El valor de la edad se calcula en años con la fecha de nacimiento que aparece en el reporte y el 31 de diciembre de 2008, para los casos en los cuales no existe límite inferior el valor es cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe límite superior el valor es 999 en la tabla

- Actividad, intervención y procedimiento.

Para la validación de Actividad, intervención y procedimiento se utiliza la tabla de CUPS con 8 columnas (cups_validador.xls) Código, Descripción, sexo, Ámbito, límite inferior, límite superior, estancia, único. Las cuales cruzan dos o tres columnas según los siguientes criterios:

1. La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1
2. La primera columna y la columna sexo valida el Género de la Actividad, intervención y/o procedimiento (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito de la Actividad, intervención y/o procedimiento A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto
4. La primera columna y las columnas límite inferior y límite superior hacen validación cruzada entre Actividad, intervención y/o procedimiento, forma de reconocimiento "S" y los valores tarifario mayores 1,5, menores 0,5 o iguales a cero (0). Esta validación no genera un error es solo una alerta para que la EPS tenga en cuenta por si al generar el archivo se generan valores de consultas de medicina general de \$300.000.000 como ocurrió en anteriores ocasiones.
5. La primera columna, el ámbito y la columna estancia hacen las siguientes validaciones :
 - a. ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
 - b. Si ámbito es H debe tener días de estancia mayor que cero, son los códigos de la columna estancia marcados con E.
6. La primera columna y ámbito hacen las siguientes
 - a. Forma de reconocimiento "T" y ámbito "H" debe tener días de estancia mayor que cero
 - b. Forma de reconocimiento diferente de "T" y códigos de la columna ámbito marcado como "H" días de estancia mayores que cero



Calidad 4

Verificación de derechos de los usuarios cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles para el régimen contributivo y contra la base de datos de carnetizados para el régimen subsidiado.

Calidad 5

Verificación de atenciones en salud únicas detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.

Para la validación de atenciones en salud únicas, se utiliza la tabla de CUPS (cups_validador.xls), la validación se hace con la primera y última columna aplicando las siguientes reglas:

- Duplicados A (Únicos Año), registros iguales por EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, actividad

```
select eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, sexo, cod_dpto, cod_muni, diag,
fecha_serv, actividad, ambito, forma_rec, dias_estan, valor, valor_usu, tipo_cod,
from      dbo.servicios
where     (num_ide in (select num_ide
from      dbo.sera as tempo
group by eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, actividad
having    (count(*) > 1)
and (eps = sera.eps)
and (tipo_ide = sera.tipo_ide)
and (num_ide = sera.num_ide)
and (fecha_naci = sera.fecha_naci)
and (actividad = sera.actividad)))
```

- Duplicados G (Únicos fecha de Servicio), registros iguales EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de servicio, actividad

```
select * from servicios
where (((serg.num_ide)
in (select num_ide from serg as tempo
group by eps,tipo_ide,num_ide,fecha_naci,fecha_serv,actividad
having count(*) >1
and eps=serg.eps
and tipo_ide=serg.tipo_ide
```



```
and num_ide=serg.num_ide  
and fecha_naci=serg.fecha_naci  
and fecha_serv=serg.fecha_serv  
and actividad=serg.actividad));
```

Calidad 6

Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a 100.000.000.

En este proceso de calidad se cuentan las actividades por afiliado con los criterios de agrupación EPS, tipo de identificación, número de identificación y forma de reconocimiento y pago y se seleccionan aquellos con cien (100) o más actividades.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, count(actividad), forma_rec from dbo.servicios  
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec  
having count (actividad) >= 100
```

El mismo proceso se hace sumando el campo valor y se seleccionan aquellos con suma de valor mayor o igual a cien millones (100000000)

```
select eps, tipo_ide, num_ide, sum(valor), forma_rec from dbo.servicios  
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec  
having sum(valor) >= 100000000
```

Calidad 7

Verificación de la consistencia de la información financiera en el gasto en salud tanto en lo declarado como en lo soportado en los registros de prestación de servicios de salud reportados por las EPS; y en los ingresos en relación con la información declarada en los estados financieros de la SNS.

7 RELACIÓN DE ANEXOS:

- Tablas División político administrativa – DANE, Codificación CIE – 10, CUPS, MAPIPOS, SOAT, CODIFICACIÓN MEDICAMENTOS en medio magnético y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.



- Tablas de validación de cada uno de los procesos de la malla de validación 2009 en medio magnético.
- Formato carta de remisión de información. (Uno por Régimen, en caso de que la EPS maneje más de un régimen)
- Formato de Solicitud de información sobre la cobertura de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS para la realización del Estudio de Suficiencia UPC/POS 2008.

8 ENVIO DE LA INFORMACIÓN

La información debe ser dirigida a la Dirección de Gestión de la Demanda, a nombre del Dr. Leonardo Cubillos Turriago a más tardar el 26 de junio de 2009 con la carta remisoría según formato anexo.

9 CONSULTAS

Las consultas acerca del envío de la información o del presente instructivo puede realizarlas a la Dirección General de Gestión de la Demanda a través de las siguientes direcciones de correo electrónico:

mcbolivar@minproteccionsocial.gov.co

ghurtado@minproteccionsocial.gov.co

gcordova@minproteccionsocial.gov.co

ealfonso@minproteccionsocial.gov.co



10 ANEXOS

10.1 Formato carta de remisión de información 2008

(Favor diligenciar un formato por cada régimen: R contributivo, R subsidiado pleno, R subsidiado parcial y para el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2008)

Ciudad: _____, día ____ de mes _____ de 2009

Doctor

LEONARDO CUBILLOS TURRIAGO

Director General de Gestión de la Demanda
Ministerio de la Protección Social

Asunto: Remisión de información para el estudio de suficiencia de UPC/POS
Nombre de la empresa promotora de salud _____
Régimen _____ (Una carta por c/ Régimen)

Respetado doctor Cubillos,

Por la presente estamos enviando los medios y archivos relacionados a continuación:

Código de la EPS	Régimen	Número de medios	Tipo de medios	Nombre de archivos	Tamaño (MB)	Número de registros (Filas)
			CD: Disco compacto DQ: Disquete			

Nota: Fecha de corte de la facturación _____ para el envío de información.

Certifico que el gasto total del régimen _____ reportado para el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2008 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

\$ _____ por capitación
\$ _____ por pago por servicios
\$ _____ por pago por procedimiento
\$ _____ por diagnóstico
\$ _____ directo
\$ _____ reservas
\$ _____ Total



Adicionalmente, me permito certificar el monto total del gasto en servicios de salud en el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2008 por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	VALOR
Póliza(s) de alto costo, adquirida(s) para reasegurar los siniestros por alto costo	
Reembolsos o pagos hechos por las EPS, por reclamación de los siniestros de alto costo	
CTC no reconocido*	
Tutelas no reconocido*	

Las fuentes de la información utilizadas para generar el informe fueron:

Población (P) _____
Prestación de Servicios (S) _____

CONTACTOS EN LA EPS:

Las personas que 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

Se anexa lo enunciado en medio magnético



10.2 Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS período 1 de enero al 31 de diciembre de 2008

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
 DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN A LA DEMANDA

Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS período 1 de enero al 31 de diciembre de 2008

EPS:	CODIGO:	REGIMEN CONTRIBUTIVO	
NOMBRE		REGIMEN SUBSIDIADO PLENO	
		REGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL	

ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS						
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS						
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						



ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
AMBULATORIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS						
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS						
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
TOTAL	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS						
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS						
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						

Atentamente

Firma y nombre del representante legal de la EPS

Se anexa lo enunciado en medio magnético