



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**RESOLUCIÓN NÚMERO 0002463 DE 2014**

( 19 JUN 2014 )

Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus atribuciones reglamentarias, en especial, de las conferidas por el artículo 4 del Decreto 2699 de 2007, modificado por el artículo 1 del Decreto 3511 de 2009 y,

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 4 del Decreto 2699 de 2007, modificado por el artículo 1 del Decreto 3511 de 2009, establece que la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar, será definida por este Ministerio.

Que mediante la Resolución 4700 del 2008, se estableció la estructura de reporte de información y la periodicidad de presentación de la misma, para la enfermedad renal crónica - ERC, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Que la enfermedad renal crónica estadio 5, es una consecuencia de la progresión de otras enfermedades primarias y por lo tanto, su grado de presencia en la población está directamente relacionado con la oportunidad y calidad técnica del tratamiento de las patologías precursoras, la detección temprana y la gestión de la enfermedad en sus estadios iniciales desde el sector salud.

Que con el propósito de mejorar la recolección de los datos por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar, que permitan evaluar la gestión del riesgo en el manejo de las personas con enfermedades precursoras de la ERC y de quienes ya están en Terapia de Reemplazo Renal (TRR), el análisis de la información por parte de la Cuenta de Alto Costo y la evaluación de la gestión realizada por EPS, EOC e IPS relacionadas con la ERC, es necesario ajustar la estructura de variables que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, para lo cual se requiere establecer un nuevo anexo técnico para la Resolución 4700 de 2008.

Que en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**Artículo 1.** Modificar el artículo 2 de la Resolución 4700 de 2008, el cual quedará así:

**“Artículo 2.** *Reporte de información, estructura y fecha.* Para efectos del reporte para la operación de la Cuenta de Alto Costo y con el fin de permitir la recopilación y consolidación de la información de Enfermedad Renal Crónica - ERC y sus precursoras Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, se establece

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

---

el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, el cual debe reportarse por cada Entidad Promotora de Salud y Entidad Obligada a Compensar, mediante el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo, hasta el 30 de agosto de cada año, correspondiente a la medición realizada entre el 1 de Julio del año anterior y 30 de Junio del año del reporte."

**Artículo 2.** Modificar el artículo 3 de la Resolución 4700 de 2008, el cual quedará así:

**"Artículo 3.** *Responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a más tardar veinte (20) días calendario antes de la fecha de reporte establecida en el artículo 2 de la presente resolución, deberán suministrar la información necesaria para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar, cumplan con las obligaciones previstas en la presente resolución."

**Artículo 3.** Sustituir los anexos técnicos 1, 2 y 3 de la Resolución 4700 de 2008, por el anexo técnico de la presente resolución.

**Artículo 4.** La información que se obtenga con ocasión de lo dispuesto en esta resolución, deberá observar en lo pertinente, el marco previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas que lo modifiquen.

**Artículo 5.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 2 y 3, sustituye los anexos técnicos 1, 2 y 3 de la Resolución 4700 de 2008 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**

Dada en Bogotá, D.C., a los, 19 JUN 2014

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

---

### ANEXO TÉCNICO

Información a reportar a la Cuenta de Alto Costo por cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y por cada Entidad Obligada a Compensar - EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos de la Cuenta de Alto Costo – Enfermedad Renal Crónica y enfermedades precursoras, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus- (Resoluciones 3413 y 4917 de 2009).

Cada EPS y EOC enviará a la Cuenta de Alto Costo en las fechas de reporte previstas, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, donde cada fila o registro representa una persona que a la fecha de corte respectiva se encontraba afiliado a la EPS o EOC y con diagnóstico confirmado de alguna de las siguientes patologías:

- 1) Hipertensión Arterial Sistémica - HTA;
- 2) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo II - DM;
- 3) Enfermedad Renal Crónica en cualquier estadio - ERC.

Cada registro del archivo debe contener exactamente la totalidad de los campos, separados por tabulaciones, los cuales deben corresponder a las variables que se definen en estructura de variables.

Toda persona que a la fecha de corte se encuentre afiliado a la EPS o EOC y que tenga diagnóstico confirmado de una o más de las patologías establecidas (HTA, DM o ERC) deberá ser reportado, teniendo en cuenta que cada registro corresponde a una única persona y en consecuencia, ninguna EPS o EOC deberá reportar dos o más registros para una misma persona. En el evento en que una persona tenga más de un diagnóstico, dicha información se reporta en los campos correspondientes del mismo registro (en la misma fila). Todos los campos son obligatorios y no podrán reportarse vacíos.

Para los campos numéricos que contengan valores no enteros (campos de tipo doble), se debe utilizar el punto (.) como separador decimal. El nombre del archivo enviado por las EPS y EOC debe seguir el formato AAAAMMDD\_CODEPS.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 1º de la presente resolución, esto es, hasta el 30 de agosto de cada año y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.

A continuación se describe la estructura de variables del archivo para el reporte de información ERC/HTA/DM.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

**Estructura de variables del archivo para el reporte de información ERC/HTA/DM**

| No.                                                          | Nombre del campo                             | Tipo | Longitud<br>Máxima | Valores permitidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICACIÓN GENERAL DE EPS Y DEL USUARIO REPORTADO</b> |                                              |      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1                                                            | Primer nombre del usuario                    | A    | 20                 | Escriba el primer nombre del usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2                                                            | Segundo nombre del usuario                   | A    | 30                 | Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE="Ningún Otro Nombre Escrito").                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3                                                            | Primer apellido del usuario                  | A    | 20                 | Escriba el primer apellido del usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4                                                            | Segundo apellido del usuario                 | A    | 30                 | Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NOAP", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP="Ningún Otro Apellido")                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5                                                            | Tipo de Identificación del usuario           | A    | 2                  | RC=Registro Civil, TI=Tarjeta Identidad, CC=Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula Extranjería, PA=Pasaporte, MS=Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado), AS=Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado). CD=Carnet Diplomático                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 6                                                            | Número de Identificación del usuario         | A    | 20                 | Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7                                                            | Fecha de nacimiento                          | F    | 10                 | Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 8                                                            | Sexo                                         | A    | 1                  | M= masculino, F= femenino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 9                                                            | Régimen de afiliación AL SGSS                | A    | 1                  | C=Régimen Contributivo, S=Régimen Subsidiado, P=Regímenes de excepción, E=Régimen especial N=No asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10                                                           | Código de la EPS o de la entidad territorial | A    | 6                  | Cuando el usuario tenga EPS u otra EOC escriba el código de la empresa aseguradora que registra al usuario (EPS/EOC/EPSI/ESS/CCF/EAS). Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y municipio según DANE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11                                                           | Código pertenencia étnica                    | N    | 1                  | registre el grupo étnico del usuario:1=Indígena, 2=ROM (gitano), 3=Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, 4=Palenquero de San Basilio, 5=Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente, 6=Ninguna de las anteriores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 12                                                           | Grupo poblacional                            | N    | 2                  | 1=Indigentes;2=Población infantil a cargo del ICBF;3=Madres comunitarias;4=Artistas, autores, compositores;5=Otro grupo poblacional;6=Recién nacidos;7=Discapacitados;8=Desmovilizados;9=Desplazados;10=Población ROM;11=Población raizal;12=Población en centros psiquiátricos;13=Migratorio;14=Población en centros carcelarios;15=Población rural no migratoria;16=Afrocolombiano;31=Adulto mayor;32=Cabeza de familia;33=Mujer embarazada;34=Mujer lactante;35=Trabajador urbano;36=Trabajador rural;37=Víctima de violencia armada;38=Jóvenes vulnerables rurales;39=Jóvenes vulnerables urbanos;50=Discapacitado - el sistema nervioso;51=Discapacitado - los ojos;52=Discapacitado - los oídos;53=Discapacitado - los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto);54=Discapacitado - la voz y el habla;55=Discapacitado - el sistema cardiorrespiratorio y las defensas;56=Discapacitado - la digestión, el metabolismo, las hormonas;57=Discapacitado - el sistema genital y reproductivo;58=Discapacitado - el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas;59=Discapacitado - la piel; 99=No definido |
| 13                                                           | Municipio de residencia                      | A    | 5                  | Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA - DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|                                                                                                                  |                                                                                                                     |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14                                                                                                               | Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores)                                               | N | 30 | Registre el teléfono(s) fijos y móviles completos para contactar al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15                                                                                                               | Fecha de afiliación a la EPS que registra                                                                           | F | 10 | Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>INFORMACIÓN GENERAL RELACIONADA CON LAS VARIABLES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES PRECURSORAS</b> |                                                                                                                     |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 16                                                                                                               | Código de la IPS donde se hace seguimiento al usuario                                                               | A | 12 | Registre el código válido de habilitación según el estado clínico de seguimiento del usuario: *Para las personas en diálisis corresponde al código de la unidad renal. *Para las Personas con trasplante funcional o las Personas con terapia no dialítica de ERC 5 corresponde al código de habilitación del nefrólogo o IPS de seguimiento. *Para las personas hipertensas y diabéticas sin Enfermedad renal Crónica o con estadios clínicos de ERC de 1 a 4, corresponde al código de habilitación de la IPS que hace el seguimiento integral del usuario. |
| 17                                                                                                               | Fecha de ingreso al programa de nefroprotección dentro de la EPS que reporta                                        | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 18                                                                                                               | El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA (CIE-10 con códigos entre I10-I159)           | N | 1  | Registre 1= Si 2=No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 19                                                                                                               | Fecha de diagnóstico de la Hipertensión Arterial                                                                    | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 19.1                                                                                                             | Costo HTA durante el período de reporte.                                                                            | N | 9  | Registre exclusivamente el costo de la HTA, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la HTA. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 20                                                                                                               | El usuario tiene diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus-DM (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O24-O249; P702) | N | 1  | Registre 1= Si 2=No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 21                                                                                                               | Fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus                                                                        | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 21.1                                                                                                             | Costo DM durante el período de reporte.                                                                             | N | 9  | Registre exclusivamente el costo de la DM, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la DM. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 22                                                                                                               | Etiología de la ERC                                                                                                 | N | 2  | 1= HTA o DM<br>2= Autoinmune<br>3= Nefropatía Obstructiva.<br>4= Enfermedad Poliquística<br>5= otras<br>98= Si no tiene ERC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 23                                                                                                               | Peso (kg)                                                                                                           | D | 5  | Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 24                                                                                                               | Talla (cm)                                                                                                          | N | 3  | Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 25                                                                                                               | Tensión arterial sistólica (mm de Hg)                                                                               | N | 3  | Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 26                                                                                                               | Tensión arterial diastólica (mm de Hg)                                                                              | N | 3  | Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27   | Creatinina en sangre (mg/dl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | D | 5  | Registre el valor de la última Creatinina tomada; 98= No Aplica, usuario con ERC 5 ya no miden creatinina; 99=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                               |
| 27,1 | Fecha de última Creatinina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 28   | Hemoglobina Glicosilada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D | 5  | Valor de la última Hemoglobina Glicosilada; 98= No Aplica, usuario no tiene diabetes; 99=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                    |
| 28,1 | Fecha de última Hemoglobina Glicosilada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                     |
| 29   | Albuminuria (microalbuminuria)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | D | 5  | Registre el valor de la última albuminuria tomada; 99=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                                                       |
| 29,1 | Fecha de la última Albuminuria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 30   | Creatinuria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | D | 5  | Registre el valor de la última Creatinuria realizada; 98= No Aplica, usuario con ERC 5; 99=No existen datos en la historia clínica. Debe ser el resultado de la misma muestra donde se tomó albuminuria (microalbuminuria).                                                         |
| 30,1 | Fecha de la última Creatinuria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 31   | Colesterol total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | D | 5  | Registre el valor del ultimo colesterol total tomado; 999=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                                                   |
| 31,1 | Fecha de la último Colesterol total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 32   | HDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | D | 5  | Registre el valor del ultimo HDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                                                                |
| 32,1 | Fecha de la último HDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 33   | LDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | D | 5  | Registre el valor del ultimo LDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                                                                |
| 33,1 | Fecha del último LDL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 34   | PTH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | D | 5  | Registre el valor de la última PTH tomada; 98= No aplica por estadio renal, 99=No existen datos en la historia clínica                                                                                                                                                              |
| 34,1 | Fecha de la última PTH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica                                                                                                                    |
| 35   | Tasa de filtración glomerular (TFG) según Cockcroft-Gault (KDQI) y Swartz (de 0 a 17 años)<br>ACLARACION: Sin enfermedad renal y con enfermedad renal estadios 1 y 2 la creatinina debe tener máximo un año de vigencia a la fecha de corte.<br>Con enfermedad renal estadios 3, 4 o más se aceptan creatininas hasta de los últimos tres meses antes de la fecha de corte. | D | 5  | Registre: el valor calculado según formula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años) según ultima Creatinina valida; 988= No aplica, usuario tiene ERC estadio 5 y la Unidad Renal reporta que ya no le miden Creatinina; 999 = No hay reporte de Creatinina vigente. |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36                                                                                          | El usuario recibe Inhibidor de la Enzima convertidora de angiotensina (IECA)                                                                                                                             | N | 2  | Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No Aplica; 99=Sin dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 37                                                                                          | El usuario recibe Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)                                                                                                                              | N | 2  | Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No Aplica; 99=Sin dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>INFORMACIÓN RELACIONADA CON DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b> |                                                                                                                                                                                                          |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 38                                                                                          | El usuario tiene diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquier de sus estadios.                                                                                                                   | N | 1  | Registre: 0= No presenta Enfermedad Renal Crónica. 1= Si presenta ERC; 2= Indeterminado entre estadios 1, 2 ó sin ERC; 3= el usuario no ha sido estudiada para ERC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 39                                                                                          | Estadio de ERC (Enfermedad Renal Crónica)                                                                                                                                                                | N | 2  | Registre: 1= Sí el usuario tiene TFG igual o mayor a 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 2= Sí el usuario tiene TFG entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 3= Sí el usuario tiene TFG entre 30 y menor de 60 ml/min; 4= Sí el usuario tiene TFG entre 15 y menor de 30 ml/min; 5 = Sí el usuario tiene menos de 15 ml/min; 98= No aplica, no hay Enfermedad Renal Crónica; 99= Desconocido, Sin reporte de Creatinina vigente.                                   |
| 40                                                                                          | Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 (Solo aplica si marcó la opción 5 de la pregunta anterior):                                                                                                        | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 41                                                                                          | La persona se encuentra en un programa de atención de ERC (renoprotección, nefroprotección, protección renal, prediálisis)                                                                               | N | 2  | 1= Si, 2= No, 98=No aplica, 99=Sin dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 42                                                                                          | TFG a la fecha, en que el usuario inició la primera terapia de reemplazo renal -TRR                                                                                                                      | N | 2  | Registre: el valor calculado según formula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años); 98= No aplica, usuario no tiene ERC estadio 5; 99= Sin dato, no se conoce porque el usuario tuvo su primera TRR en una EPS diferente a la que reporta                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 43                                                                                          | Modo de Inicio de la Terapia de Reemplazo Renal (primera TRR)                                                                                                                                            | N | 2  | Registre: 1= Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica ingresando por URGENCIAS; 2= Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica de forma PROGRAMADA; 3= Si el usuario inició la TRR en otra EPS diferente a la que reporta por lo cual no se conoce el modo de inicio; 4= Si el usuario inició la primera TRR en otra TRR diferente a diálisis; 98= No aplica, el usuario a la fecha de corte no recibe ninguna de las terapias de reemplazo renal. |
| 44                                                                                          | Fecha en que se inició la terapia de reemplazo renal que recibe el usuario en el momento de la fecha de corte. Si el Trasplante es la terapia reportada, esta Fecha se refiere a la Fecha de trasplante. | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|    |                                                                                                                                                                      |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 45 | Fecha de Ingreso a la Unidad Renal Actual que le presta el servicio en el momento de la fecha de corte, en cualquier modalidad de terapia dialítica (Unidad Actual). | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                            |
| 46 | Hemodiálisis (HD)                                                                                                                                                    | N | 2  | Registre: 1= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de fistula al momento de la Fecha de corte; 2= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de catéter al momento de la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de hemodiálisis en el momento de la fecha de corte.        |
| 47 | Dosis de diálisis (Kt/V) single pool                                                                                                                                 | D | 5  | Registre el resultado (valor) del promedio de las 3 últimas mediciones del trimestre de la dosis de diálisis expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). Registre 98= No aplica, cuando el usuario no está en Hemodiálisis.                             |
| 48 | Costo total de la hemodiálisis HD durante el período de reporte.                                                                                                     | N | 8  | Registre exclusivamente el costo de la HD (lo que la EPS o EOC considere contenido en la HD), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de HD durante el período de reporte. |
| 49 | Diálisis peritoneal (DP)                                                                                                                                             | N | 2  | Registre:1= Si el usuario recibe diálisis peritoneal manual al momento de la fecha de corte.; 2= Si el usuario recibe diálisis peritoneal automatizada al momento de la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de diálisis peritoneal al momento de la fecha de corte.                                |
| 50 | Dosis de diálisis (Kt/V) dpd. KTV/dpd: de máximo cuatro meses de antigüedad contados a partir de la fecha de corte                                                   | D | 5  | Registre el resultado (valor) de la dosis de diálisis en las sesiones realizadas al paciente, de los últimos 4 meses, expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). 98=No aplica, usuario no está en Diálisis Peritoneal                                  |
| 51 | Número de horas de diálisis                                                                                                                                          | D | 5  | Registre el número de horas promedio de las sesiones de diálisis realizadas en los últimos 3 meses al paciente                                                                                                                                                                                                             |
| 52 | Peritonitis                                                                                                                                                          | N | 2  | Número de episodios de peritonitis Infecciosa que sufrió el usuario en los últimos 12 meses a la fecha de reporte. 98= No Aplica, el usuario no ha estado en diálisis peritoneal en ningún momento en los últimos 12 meses.                                                                                                |
| 53 | Costo DP durante el período de reporte.                                                                                                                              | N | 8  | Registre exclusivamente el costo de la DP (lo que la EPS o EOC considere contenido en la DP), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de DP durante el período de reporte. |
| 54 | Vacuna Hepatitis B                                                                                                                                                   | N | 2  | Registre: 1= Tiene esquema completo, 2= Tiene esquema incompleto, 3=No tiene vacunación de hepatitis B, 99= Sin dato                                                                                                                                                                                                       |
| 55 | Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis B, si el usuario la ha presentado.                                                                    | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                            |
| 56 | Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis C, si el usuario la ha presentado.                                                                    | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                            |



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|      |                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 57   | Terapia no Dialítica para ERC estadio 5 (también llamada tratamiento médico de nefroprotección)                                                                                                                                      | N | 2 | 1= Si el usuario con ERC estadio 5 recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin diálisis y no han recibido trasplante en el momento de la fecha de corte. 2= el usuario con ERC estadio 5 no recibe esta alternativa terapéutica en el momento de la fecha de corte; 98= No aplica                 |
| 58   | Costo de la terapia ERC estadio 5 con tratamiento médico                                                                                                                                                                             | N | 8 | Registre el costo de la terapia exclusivamente con tratamiento médico para ERC5 (lo que la EPS o EOC considere contenido en dicha terapia), excluyendo otros gastos en esta persona que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió dicha terapia durante el período de reporte. |
| 59   | Hemoglobina (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Las hemoglobinas deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis                | D | 5 | Valor promedio de hemoglobinas del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (g/dl). Registre 98= No aplica                                                                                                                                                                                                |
| 60   | Albúmina Sérica (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). La albúmina debe tener máximo tres meses de antigüedad a partir de la fecha de corte y su toma debió ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis.                 | D | 5 | Resultado (valor) del último examen de albúmina Sérica en (g/dl). Registre 98= No aplica                                                                                                                                                                                                                                    |
| 61   | Fósforo (P) (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Los niveles séricos de fósforo deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis. | D | 5 | Valor promedio de mediciones de fósforo sérico del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (mg/dl)<br>Registre 98= No aplica                                                                                                                                                                             |
| 62   | Valoración Clínica inicial por nefrología a personas ERC5 en diálisis o tratamiento médico, en relación con la posibilidad de trasplante renal                                                                                       | N | 2 | Registre el concepto de la valoración clínica realizada por el nefrólogo: 1= No contraindicado, 2= Contraindicado, 97= No aplica porque es una persona que no está en Estadio 5 o ya tiene trasplante funcional, 98= No aplica, no tiene enfermedad renal                                                                   |
| 62,1 | ¿Se reportó cáncer activo en los últimos 12 meses, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?                                                                                                   | N | 2 | 1= Si; 2=No ; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 62,2 | ¿Se reportó infección crónica o activa no tratada o no controlada hasta en los últimos tres meses antes de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?                        | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

*[Handwritten signature]*  
2014

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|       |                                                                                                                                                                                                          |   |   |                           |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---------------------------|
| 62,3  | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente NO ha manifestado su deseo de trasplantarse?                                                  | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,4  | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente presenta esperanza de vida menor o igual a 6 meses?                                           | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,5  | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente presenta potenciales limitaciones al autocuidado y adherencia al tratamiento post trasplante? | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,6  | ¿Se reportó enfermedad cardíaca, cerebrovascular o vascular periférica, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?                                                  | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,7  | ¿Se reportó infección por el VIH, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?                                                                                        | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,8  | ¿Se reportó infección por el VHC, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?                                                                                        | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,9  | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta enfermedad inmunológica activa los últimos tres meses antes de la fecha de corte?   | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |
| 62,10 | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta enfermedad pulmonar crónica?                                                        | N | 2 | 1= Si; 2=No; 98=No aplica |



Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|      |                                                                                                                                                   |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 62,1 | ¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta otras enfermedades crónicas? | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 63   | Fecha de Ingreso a lista de espera para la realización del trasplante                                                                             | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 63.1 | Registre el código de la IPS donde está en lista de espera                                                                                        | A | 12 | Registre el código válido de habilitación, 98= No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 64   | ¿El usuario ha recibido trasplante renal?                                                                                                         | N | 2  | 1=SI, el usuario ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta ( <u>y está funcional</u> ). 2= SI, el usuario ha recibido trasplante renal, pero no en la EPS o EOC que reporta ( <u>y está funcional</u> ). 3= SI, el usuario ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta ( <u>y no está funcional</u> ). 4= SI, el usuario ha recibido trasplante renal, pero no en la EPS o EOC que reporta ( <u>y no está funcional</u> ). 5= NO, el usuario no ha recibido trasplante renal. 98= No aplica                                                                                                                                                            |
| 65   | Código de la EPS que realizó el trasplante                                                                                                        | A | 6  | Registre el código de la (EPS/EOC/ESS/CCF) que realizó o pagó el trasplante renal (sea este funcional o no al momento del corte). 98= No aplica. 99=Sin dato (Solamente cuando el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el usuario y no se dispone de esta información -indicada por el usuario-).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 66   | Código de la IPS o Grupo de trasplante, que realizó el trasplante                                                                                 | A | 12 | Registre el código de habilitación de la IPS que realizó el trasplante (grupo de trasplante). 98= No aplica. 99= Sin dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 67   | Tipo de donante                                                                                                                                   | N | 2  | 1= Fallecido, 2=Vivo, 98=No aplica, 99=Sin dato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 68   | Costo del trasplante                                                                                                                              | N | 9  | Costo total del trasplante incluyendo todos los gastos por servicios POS asociados al procedimiento de trasplante que fueron cubiertos por la EPS o EOC, tales como la obtención o rescate del componente anatómico, su preservación y almacenamiento, así como el transporte tanto del órgano como del usuario. 97=No aplica, cuando el usuario recibió trasplante renal en la EPS o EOC que reporta, pero el procedimiento no se realizó durante el período de reporte. Registre 98= No aplica cuando el usuario no ha recibido trasplante renal. 99= Sin dato, cuando el usuario recibió trasplante renal pero en una EPS o EOC distinta a la EPS o EOC que reporta el usuario. |
| 69   | ¿El usuario ha presentado alguna complicación relacionada con el trasplante renal?                                                                | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98= No aplica; 99=Sin dato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 69,1 | Fecha de diagnóstico si ha presentado infección por citomegalovirus                                                                               | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 69,2 | Fecha de diagnóstico si ha presentado infección por hongos                                                                                        | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|      |                                                                                                 |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 69,3 | Fecha de diagnóstico si ha presentado infección por tuberculosis                                | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica |
| 69,4 | Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna complicación vascular                              | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica |
| 69,5 | Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna complicación urológica                             | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica |
| 69,6 | Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna complicación herida quirúrgica                     | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica |
| 69,7 | Fecha del primer diagnóstico de cáncer                                                          | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica |
| 70   | Cuantos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo en este último corte         | N | 2  | Escriba el número de medicamentos inmunosupresores formulados en el periodo de reporte actual, 98= No Aplica (Paciente no está en proceso de trasplante, ni tiene trasplante)                                                                   |
| 70,1 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido metilprednisolona | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,2 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido azatioprina       | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,3 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido ciclosporina      | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,4 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido micofenolato      | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,5 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido tacrolimus        | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,6 | En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido prednisona        | N | 2  | 1= Si; 2=No; 98=No aplica                                                                                                                                                                                                                       |
| 70,7 | En tratamiento inmunosupresor ha recibido Medicamento NO POS (medicamento 1)                    | A | 20 | Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No Aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No Aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido                                              |

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 4700 del 2008"

|      |                                                                                                                              |   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 70,8 | En tratamiento inmunosupresor ha recibido Medicamento NO POS (medicamento 2)                                                 | A | 20 | Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No Aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No Aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 70,9 | En tratamiento inmunosupresor ha recibido Medicamento NO POS (medicamento 3)                                                 | A | 20 | Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No Aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No Aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 71   | ¿Cuántos episodios de rechazo agudo en los últimos 12 meses al trasplante, confirmado por biopsia, ha presentado el usuario? | N | 2  | Registre el número de episodios. 98= No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 72   | Fecha del primer rechazo del injerto                                                                                         | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 73   | Fecha de retorno a diálisis                                                                                                  | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 74   | Número de trasplantes renales que ha recibido                                                                                | N | 2  | Registre el número de trasplantes recibidos. 98= No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 75   | Costo de la terapia postrasplante                                                                                            | N | 9  | Registre Costo total de la terapia postrasplante del usuario durante el período de reporte. En este costo se deben incluir solamente los costos de los medicamentos POS para el tratamiento de inmunosupresión. Registre 98= No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 76   | Tiempo de prestación de servicios                                                                                            | N | 2  | Número de meses en los que el usuario efectivamente recibió servicios a cargo de la EPS que reporta (del periodo comprendido entre 1 de julio del año anterior y 30 de junio de año de reporte).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 77   | Costo Total                                                                                                                  | N | 10 | Costo total acumulado de la atención del usuario a la fecha de reporte (de 1 de julio a 30 de junio). En este campo se deben agregar todos los gastos en el usuario, relacionados con los diagnósticos registrados, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones, incluyendo solamente servicios POS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 78   | Código de la EPS de origen                                                                                                   | A | 6  | Registre el código de la (EPS/EOC/ESS/CCF) donde estaba afiliado el usuario antes de trasladarse a la EPS que reporta. 98= No aplica. 99=Sin dato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 79   | Novedad con respecto al reporte anterior                                                                                     | N | 2  | Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 1= Persona que falleció; 2= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de ERC; 3= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de ERC; 4= Persona antigua en la EPS con diagnóstico antiguo de ERC que ingresa a la BD para reporte de la CAC; 5= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito; 6= Persona que se desafilió; 7= Persona que abandona la terapia; 8= Persona que se baja de la BD por corrección de la EPS (auditoría interna o auditoría de la CAC), 9= Persona que regresa a terapia; 98= No aplica, no hay novedad respecto al reporte pasado. |
| 80   | Causa de Muerte                                                                                                              | N | 2  | 1=Enfermedad renal crónica; 2= Enfermedad Cardiovascular; 3= Cáncer; 4= Infección; 5= Por causa diferente a las descritas en 1, 2, 3 y 4; 6= Causa Externa; 98= No aplica, el usuario no ha fallecido; 99= Sin dato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |