

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA | VERSIÓN | 1 |

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO [000020] DE [03 DIC 2015

PARA: ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS
DE: SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD
ASUNTO: POR LA CUAL SE HACEN ADICIONES, ELIMINACIONES Y MODIFICACIONES A LA CIRCULAR 047 DE 2007 Y SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS Y ELEMENTOS MÍNIMOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA PRESENTACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA.
FECHA: 03 DIC 2015

1. ANTECEDENTES

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, es un elemento fundamental a cargo de las Entidades Administradora de Planes de Beneficios, mantener una adecuada solvencia financiera desde el inicio de sus operaciones, entendida ésta como la capacidad de atender todas sus obligaciones, incluido el aseguramiento en salud.

Según el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales, principalmente la de impartir instrucciones a fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, a través de la Circular Única 047 de 2007, establece los requisitos que deben cumplir las Entidades Administradora de Planes de Beneficios para la autorización de su habilitación en el aseguramiento en salud.

Con el propósito de evaluar el riesgo financiero de las Entidades Promotoras Salud tanto del Régimen Contributivo como Régimen Subsidiado, el Gobierno Nacional en cumplimiento del artículo 24 de la Ley 1438 de 2011, reglamentó a través del Decreto 2702 de 2014, las condiciones financieras y de solvencia que deben cumplir las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar el aseguramiento en salud, así como establece los criterios generales que debe reunir la información financiera para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

En atención a lo anterior y a través de la presente circular, se establecen los criterios y elementos mínimos a tener en cuenta en la presentación de la nota técnica de los productos y servicios ofrecidos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, y cuya evaluación y aprobación le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud. Para tal fin, se realizan las siguientes modificaciones, eliminaciones y adiciones al Título II Entidades de Planes de Beneficios (EAPB) de la Circular Única 047 de 2007.

2. MODIFICACIONES

Modifíquese la denominación del capítulo II del Título II de la Circular Única 047 de 2007, así como los cinco primeros párrafos, los cuales quedarán así:

"Capítulo II
**EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD
(PVS)**

Handwritten initials

Handwritten initials

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

La regulación en el tema de los Planes Voluntarios de Salud, está desarrollada en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, sustitutivo del artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

El artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 dispone que los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes Planes Voluntarios en Salud:

1. Planes de atención complementaria en salud.
2. Planes de medicina prepagada.
3. Pólizas de salud, y
4. Servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

Radicada la solicitud de aprobación de planes voluntarios de salud y de las tarifas, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de 30 días siguientes para su aprobación y registro. Para estos efectos las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, deberán remitir, con el cumplimiento de los requisitos legales, así como los definidos en la presente Circular, la siguiente información: Nombre y contenido del plan; Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones; Costo y forma de pago del plan; Descripción de cuotas moderadoras y copagos, Copia del formato de contrato que se utilizará y la Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular.

Cuando la Superintendencia constate que una solicitud de aprobación de planes voluntarios de salud y de las tarifas está incompleta, requerirá al solicitante dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud, según lo previsto en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, o las normas que lo modifiquen o sustituyan".

3. ELIMINACIONES

Elimínense los subnumerales 2.6.7.1. Estudio actuarial, 2.6.7.2. Determinación de la tarifa básica, 2.6.7.3. Cálculo de la tarifa total, del Capítulo II del Título II de la Circular Única 047 de 2007.

4. ADICIONES

4.1. Adiciones en el contenido de la Circular única los siguientes textos:

- a. Adiciónese el subnumeral 1.2.1.7.3. al numeral 1.2.1.7. Estudio técnico del Capítulo I del Título II de la Circular Única 047 de 2007, el texto es el siguiente: "1.2.1.7.3. Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular".
- b. Adiciónese el literal h) al subnumeral 2, del numeral 1.6. Autorización de funcionamiento EPS régimen subsidiado del Capítulo I del Título II de la Circular Única 047 de 2007, el texto es el siguiente: "h) Nota técnica de

8
pe. 21

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular”.

- c. Adiciónese el subnumeral 1.2.7, al numeral 1.2. del Capítulo II del Título II de la Circular Única 047 de 2007, el texto es el siguiente: “1.2.7. *Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular*”.
- d. Adiciónese el párrafo 2 al numeral 2 del Capítulo II del Título II de la Circular Única 047 de 2007, el nuevo texto es el siguiente: “*Las empresas de medicina prepagada deberán remitir a esta Superintendencia, las notas técnicas de los productos y/o planes de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular*”.
- e. Adiciónese el párrafo 1 al numeral 2.7 del Capítulo II del Título II de la Circular Única 047 de 2007, el nuevo texto es el siguiente: “*Las entidades de servicio de ambulancia prepagado deberán remitir a esta Superintendencia, las notas técnicas de los productos y/o planes de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular*”.
- f. Adiciónese el Capítulo VII al Título II Entidades de Planes de Beneficios (EAPB) de la Circular Única 047 de 2007 denominado “*Condiciones de la Nota técnica*”. El nuevo texto es el siguiente:

**“CAPÍTULO VII
CONDICIONES DE LA NOTA TÉCNICA**

1. DEFINICIÓN

La nota técnica es el documento que contiene todas las características generales, supuestos, y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud. Este documento debe contener todas las variables de tipo actuarial que sean necesarias y suficientes para determinar el equilibrio financiero que debe existir entre los recursos y los gastos.

La nota técnica debe describir de manera clara la información, supuestos y metodologías utilizadas en el cálculo de las tarifas y las reservas técnicas, de tal forma que un actuario pueda evaluar la validez de las metodologías y supuestos utilizados. Las bases de datos, hojas de cálculo y cualquier otra documentación relevante en el cálculo deben presentarse junto con la nota técnica para su aprobación y debe estar a disposición de esta Superintendencia en caso que ésta la requiera.

2. ALCANCE

2.1. *Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, Entidades adaptadas al sistema general de seguridad social en salud, Cajas de Compensación Familiar que operan en cualquiera de los regímenes independiente de su naturaleza jurídica y las Organizaciones de Economía Solidaria vigiladas por esta Superintendencia, que operen en el régimen subsidiado o contributivo, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica que describe la metodología de cálculo de las reservas técnicas definidas en el artículo 7 del Decreto 2702 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.*

ST
PC CI

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

Las mencionadas reservas técnicas deben calcularse para los servicios de salud que hagan parte del plan obligatorio de salud y las incapacidades que se generen por enfermedad general, de acuerdo con lo definido en el mencionado Decreto

Aquellas entidades que adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución 412 de 2015 o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deberán informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.2. Las entidades que estén autorizadas para comercializar Planes Complementarios (PAC) deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto con la metodología para el cálculo de la tarifa y para el cálculo de reservas técnicas definidas en el artículo 7 del Decreto 2702 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Aquellas entidades que para el cálculo de las reservas técnicas adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución 412 de 2015 o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deberán informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.3. Las entidades de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagado deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto, con la metodología para el cálculo de la tarifa.

2.4. Cuando se trate de la autorización de una nueva entidad EPS, empresa de medicina prepagada, empresa de servicios de ambulancia prepagado y EPS que emita planes complementarios, la entidad deberá contar con la aprobación de la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.5. Cuando se trate de la autorización de un nuevo producto y/o plan de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario, la entidad deberá contar con la aprobación de la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.6. Para las actualizaciones de tarifa y/o coberturas de un producto y/o plan de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario, la entidad presentará la nota técnica correspondiente a esta Superintendencia.

2.7. Cualquier cambio en la metodología de cálculo de las reservas técnicas, en las entidades descritas los numerales 2.1. y 2.2., deberá ser remitida a esta Superintendencia para su aprobación, en forma previa a su utilización.

3. ELEMENTOS

3.1. La nota técnica debe presentarse con la terminología y notación actuarial reconocida internacionalmente. Cualquier notación o terminología adicional que se requiera en las metodologías seguidas para la determinación de la tarifa y/o para el cálculo de las reservas técnicas, debe ser expuesta explícitamente.

7
ci
pe

20

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

3.2. Los estudios técnicos, actuariales y estadísticos en que sustenten los resultados de la nota técnica, deben ser el producto de la utilización de bases de datos que cumplan exigencias de homogeneidad y representatividad.

3.3. La nota técnica de los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y plan complementario, debe presentarse junto con la minuta del contrato del respectivo producto y/o plan, la cual debe ser remitida en medio digital.

4. REQUISITOS MÍNIMOS

En la siguiente tabla se detallan los numerales de los requisitos mínimos que deben contener las notas técnicas por cada tipo de Entidad Administradora de Planes de Beneficios:

| REQUISITOS MÍNIMOS PARA LAS NOTAS TÉCNICAS | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Plan Obligatorio de Salud (excepto EPS Indígenas) | Planes de Atención Complementaria | Medicina Prepagada | Servicio de Ambulancia Prepagado |
| 4.1 | 4.1. | 4.1. | 4.1. |
| 4.2. excepto los subnumerales 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 y 4.2.8 | 4.2. | 4.2. excepto el subnumeral 4.2.9 (opcional). | 4.2. excepto el subnumeral 4.2.9 (opcional). |

4.1. Identificación de la Nota técnica

4.1.1. Nombre y código de la entidad

4.1.2. Nombre del producto y/o plan: corresponde al nombre del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.1.3. Fecha de elaboración y/o actualización de la nota técnica (Día/Mes/Año).

4.1.4. En la parte inferior de cada página del documento debe incluirse la siguiente información, tal como se describe a continuación:

| Campo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------|------------------------------|
| Descripción | Fecha a partir de la cual se utiliza | Código de la Entidad | Tipo de nota técnica | Página | Código del producto y/o plan |
| Formato | 8 dígitos dd/mm/aaaa | 8 dígitos | 3 caracteres | 7 Dígitos | 20 caracteres |

- Campo 1: Para los casos en los que se requiere de autorización, esta fecha debe corresponder al acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva aprobación. En los casos que no se requiera autorización, corresponderá a la fecha desde que se utiliza la tarifa y/o reservas definidas en la nota técnica.

- Campo 2: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

- Campo 3: debe indicarse:

N_P: Si la nota técnica corresponde a un nuevo producto

A_P: Si la nota técnica corresponde a la actualización de un producto existente.

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

- Campo 4: debe registrar el número de la página y el total de páginas del documento, (# página/total páginas)
- Campo 5: Corresponde al código del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.2. Contenido de la nota técnica

La nota técnica debe contener como mínimo lo siguiente:

4.2.1. Objetivo General: debe incluirse el objetivo de la nota técnica.

Para las notas técnicas que correspondan a una actualización de producto debe indicarse la razón de la actualización. Si la actualización implica cambios en la cobertura, se debe indicar de manera clara cuáles son los cambios introducidos y dejando constancia expresa e inequívoca de que no se efectúan modificaciones distintas a las expresamente anunciadas.

4.2.2. Modalidad del contrato: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios se debe indicar si el contrato es individual, familiar, colectivo u otro que maneje la compañía, el cual se debe especificar.

4.2.3. Temporalidad: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios, debe incluirse el periodo de tiempo para el cual se está calculando la tarifa.

4.2.4. Enumeración detallada de todas las coberturas y servicios incluidos en los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios.

4.2.5. Moneda: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios, se debe indicar la moneda o índice en que se denomina la tarifa

4.2.6. Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se debe incluir variables que describan la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tenida en cuenta en el desarrollo de la nota técnica.

4.2.7. Ingresos y costos del producto y/o plan: se debe incluir la proyección de ingresos y costos para un periodo de cinco (5) años.

4.2.8. Metodología para el cálculo de la tarifa

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas, información, parámetros o cualquier otro concepto, criterio o elemento utilizados para establecer la prima de riesgo y la prima comercial de los productos y servicios de salud.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las tarifas deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas de la entidad, éstos se deben anexar en medio digital; así como las bases de datos y las metodologías que se usaron para determinarlas.

Handwritten mark

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

Cuando no se cuente con información histórica propia y se utilicen otras fuentes o se elaboren proyecciones, deben incluirse y sustentarse los supuestos que permiten elaborar estas proyecciones. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

La nota técnica deberá incluir cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para la adecuada implementación del producto.

En cuanto aplique, se deben incluir elementos tales como:

- *Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se debe incluir variables que describan la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, Ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tenida en cuenta en la definición de la tarifa.*
- *Medidas de control: Se deben incluir los criterios definidos por la entidad para la suscripción de los planes y/o productos; así como las medidas adoptadas para el control del riesgo, tales como límites para la edad de ingreso, periodos de carencia, o cualquier otra medida de control.*
- *Copagos y/o cargos asumidos por el usuario: deben incluirse los copagos y/o cargos que debe asumir el usuario; así mismo debe incluirse la forma en la que estos cargos se ven reflejados en el cálculo de tarifa*
- *Límites: si dentro del plan y/o producto se definen límites en la cobertura, éstos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica especificando como se aplican.*
- *Recargos y/o descuentos basados en el riesgo: si dentro del plan y/o producto se otorgan recargos y/o descuentos basados en el estado de riesgo del usuario, éstos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.*
- *Gastos: se deben incluir los factores por gastos que se aplicarán. Estos deben estar discriminados en gastos esperados por la entidad, gastos de adquisición, gastos de administración y gastos de venta. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.*
- *Margen por riesgo y/o utilidad esperado por la entidad: si la entidad incluye margen por riesgo y/o utilidad, éstos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.*
- *Forma de pago: debe indicarse si la prima es de pago anticipado o vencido.*
- *Fraccionamiento de primas: se debe indicar claramente si el plan y/o producto contempla el pago fraccionado de la prima (pago mensual, trimestral, semestral, ...); de ser así, esto debe ser incluido y sustentado en la nota técnica; así como los recargos que se aplicaran por realizar el pago fraccionado.*
- *Descuentos: si dentro del plan y/o producto se otorgan descuentos (descuento por pago anticipado, descuentos por planes familiares, ...), éstos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.*
- *Devoluciones: debe indicarse si habrá devolución de valores por el retiro anticipado del plan. Así mismo, debe incluirse la metodología que se seguirá para la determinación de los valores a devolver.*

4.2.9. Metodología para el cálculo de las reservas técnicas

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas y parámetros utilizados para realizar la estimación de las

EW

pe 3 1

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

reservas técnicas definidas en el artículo 7 del Decreto 2702 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las reservas técnicas deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas de la entidad, se debe incluir la metodología seguida para la determinación de éstas y se deben anexar en medio digital las bases de datos sobre las cuales se realizaron dichos estudios. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

Así mismo se deberá consignar cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para su adecuada implementación.

4.2.10. Resultados

Se debe anexar en hoja de cálculo en un medio digital, la aplicación detallada de la formulación expuesta en el documento para el cálculo de la tarifa y/o de las reservas técnicas, según sea el caso; así como cualquier otro desarrollo incluido en la nota técnica.

Adicionalmente, se deben anexar en medio digital las bases de datos que se utilizaron para la estimación de las tarifas y/o de las reservas técnicas, según sea el caso, especificando los campos contenidos, el separador de campos y cualquier otra información necesaria.

4.2.11. Nombre y Firma del Actuario o Responsable

Se debe incluir el nombre y la firma del actuario o de la persona responsable que elaboró la nota técnica.

4.3. Cumplimiento

Las notas técnicas deben ser remitidas en los anexos técnicos: Archivo Tipo 186, Archivo Tipo 187 y Archivo Tipo 188.

Las notas técnicas para entidades nuevas, productos y/o planes de servicios nuevos podrán ser presentadas en cualquier momento del año.

Las notas técnicas de aquellos productos y/o planes existentes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario deberán actualizarse cada año y remitirse a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes a más tardar el 30 de noviembre de cada año. Para la actualización de las Notas Técnicas concernientes a los Planes Voluntarios de Salud vigentes para el año 2016, estas deben ser actualizadas y remitidas a más tardar el 28 de diciembre de 2015.

Las notas técnicas con corte a 31 de diciembre para las entidades descritas en los numerales 2.1. y 2.2., deberá ser remitida a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Handwritten mark

8 re. a

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

Las entidades que administren planes voluntarios de salud, deberán remitir a la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 31 de diciembre, los anexos técnicos: Archivo Tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud y Archivo Tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Para el reporte de la información correspondiente a los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entidades Adaptadas al Sistema, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que administran el plan obligatorio de salud (POS), se utilizará la información recolectada por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social".

4.2. Adiciónese los siguientes Anexos técnicos a la Circular Única:

- 4.2.1. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 – Resultados Nota técnica al capítulo de Empresas de Medicina Prepagada del Título XI Anexos Técnicos.
- 4.2.2. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 – Resultados Nota técnica al capítulo de Servicio de Ambulancia Prepagado del Título XI Anexos Técnicos.
- 4.2.3. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 – Resultados Nota técnica al capítulo de Empresas Promotoras de salud del régimen contributivo y Entidades adaptadas al sistema del Título XI Anexos Técnicos.
- 4.2.4. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 – Resultados Nota técnica al capítulo de Empresas Promotoras de salud del régimen subsidiado excepto las EPS indígenas del Título XI Anexos Técnicos.

| Nombre del archivo | Detalle del archivo |
|---------------------------------------|----------------------------|
| DDMMAAAACODIGOENTIDADTIPOPLAN186.PDF | Nota Técnica |
| DDMMAAAACODIGOENTIDADTIPOPLAN187.TXT | Base de datos Nota Técnica |
| DDMMAAAACODIGOENTIDADTIPOPLAN188.XLSX | Resultados Nota técnica |

Para la transmisión de estos archivos tipo 186, 187 y 188, es indispensable que sean enviados los tres al mismo tiempo, debido a que hacen parte integral del análisis de la información. Recuerde que el Archivo tipo 187 - Base de datos debe ser enviado en formato TXT, y con separador "pipe" (|), la cual soporta los cálculos presentados.

Nomenclatura para el nombre del archivo:

DDMMAAAACODIGOENTIDADTIPOPLANFFF.EXT

Donde:

DDMMAAAA

Fecha a partir de la cual se utiliza la nota técnica. Para los casos en los que se requiere de autorización, esta fecha debe corresponder al acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva aprobación. En los casos que no se requiera autorización,

AO

pe. 3

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

| | |
|----------------------|--|
| | corresponderá a la fecha desde que se utiliza la tarifa y/o reservas definidas en la nota técnica. |
| CODIGOENTIDAD | Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud |
| TIPO | Tipo de nota técnica, escriba: N_P: Si la nota técnica corresponde a un nuevo producto A_P: Si la nota técnica corresponde a la actualización de un producto existente |
| PLAN | Corresponde al código del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas. |
| FFF | Número de archivo |
| EXT | Extensión del archivo (PDF TXT XLSX) |

- 4.2.5. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Empresas de Medicina Prepagada del Título XI Anexos Técnicos.
- 4.2.6. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Servicio de Ambulancia Prepagado del Título XI Anexos Técnicos.
- 4.2.7. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Empresas Promotoras de salud del régimen contributivo del Título XI Anexos Técnicos. Este anexo técnico debe ser diligenciado para los Planes de Atención Complementaria que ofrecen dichas entidades.

ARCHIVO TIPO 189 Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Empresas de Medicina Prepagada, Servicio de Ambulancia Prepagada, Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo que administren Planes de Atención Complementaria.

PERIODICIDAD: Anual

FECHA DE CORTE: 31 de Diciembre de cada año

FECHA DEL REPORTE: 10 de Marzo del siguiente año

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO189.TXT

| Campo | Variable | Descripción | Longitud Máxima | Valores Permitidos |
|-------|---------------------|---|-----------------|--|
| 1 | NIT | Número de NIT | 16 | Numérico |
| 2 | Digito verificación | Número del digito de verificación del NIT | 1 | Numérico |
| 3 | Código entidad | Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud | 6 | Alfanumérico |
| 4 | Período de corte | Periodo de corte para la presentación de la información | 2 | Caracteres numéricos Ver Tabla periodos |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información | 4 | Numérico |
| 6 | Archivo tipo | Escriba 189 | 3 | Caracteres |

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

| | | | | |
|----|--|---|----|--------------|
| | | | | numéricos |
| 7 | Tipo de identificación del asegurado | RC:= Registro civil TI:= Tarjeta de identidad CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería PA:= Pasaporte | 2 | Texto |
| 8 | Número de identificación del asegurado | Número de identificación del asegurado | 15 | Numérico |
| 9 | Código del plan | Registre el código del plan de acuerdo a la tabla de códigos de planes por entidad. | 4 | Alfanumérico |
| 10 | Código de la Nota técnica | Registre el código de la nota técnica de acuerdo con lo definido en el numeral 4.1. del Capítulo VII | 43 | Alfanumérico |
| 11 | Periodicidad de pago | Periodicidad de pago de la prima 1 Quincenal 2 Mensual 3 Bimestral 4 Trimestral 5 Semestral 6 Anual 7 Otro | 1 | Numérico |
| 12 | Fecha inicial | Fecha de inicio de vigencia del plan y/o servicio | 10 | dd/mm/aaaa |
| 13 | Fecha final | Fecha final de vigencia del plan y/o servicio | 10 | dd/mm/aaaa |
| 14 | Fecha de facturación | Fecha de facturación del período cobrado | 10 | dd/mm/aaaa |
| 15 | Fecha de pago | Fecha de pago del período cobrado | 10 | dd/mm/aaaa |
| 16 | Valor total pagado | Valor pagado correspondiente a ese período | 10 | Numérico |
| 17 | Valor comisiones | Valor de la prima comercial correspondiente al pago de comisiones | 10 | Numérico |
| 18 | Valor gastos administrativos | Valor de la prima comercial destinado a cubrir gastos administrativos | 10 | Numérico |

4.2.8. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Empresas de Medicina Prepagada del Título XI Anexos Técnicos.

4.2.9. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Servicio de Ambulancia Prepagado del Título XI Anexos Técnicos.

4.2.10. Adiciónese el anexo técnico Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud - al capítulo de Empresas Promotoras de salud del régimen contributivo del Título XI Anexos Técnicos. Este anexo técnico debe ser diligenciado para los Planes de Atención Complementaria que ofrecen dichas entidades.

ARCHIVO TIPO 190 Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Empresas de Medicina Prepagada, Servicio de Ambulancia Prepagada, Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo que administren Planes de Atención Complementaria.

PERIODICIDAD: Anual

FECHA DE CORTE: 31 de Diciembre de cada año

FECHA DEL REPORTE: 10 de Marzo del siguiente año

00

| | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO190.TXT

| Campo | Variable | Descripción | Longitud máxima | Valores permitidos |
|-------|--|--|-----------------|--|
| 1 | NIT | Número de NIT | 16 | Numérico |
| 2 | Digito verificación | Número del digito de verificación del NIT | 1 | Numérico |
| 3 | Código entidad | Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud | 6 | Alfanumérico |
| 4 | Periodo de corte | Periodo de corte para la presentación de la información | 2 | Caracteres numéricos Ver Tabla periodos |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información | 4 | Numérico |
| 6 | Archivo tipo | Escriba 190 | 3 | Caracteres numéricos |
| 7 | Tipo de identificación del asegurado | RC:= Registro civil TI:= Tarjeta de identidad CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería PA:= Pasaporte | 2 | Texto |
| 8 | Número de identificación del asegurado | Número de identificación del asegurado | 16 | Numérico |
| 9 | Municipio | Registre el código del municipio en donde reside el asegurado, según codificación DANE | 5 | Numérico |
| 10 | Fecha de nacimiento | Fecha de nacimiento del asegurado | 10 | dd/mm/aaaa |
| 11 | Sexo del asegurado | Sexo del asegurado M:= Masculino F:= Femenino | 1 | Texto |
| 12 | Codificación servicio | - Código establecido en la clasificación única de Procedimientos en salud - CUPS - Código Único de Medicamento (CUM) asignado por el INVIMA - Insumos y Otras coberturas escribir el código que la entidad utilice para distinguir estos servicios | 15 | Alfanumérico |
| 13 | Descripción servicio | Corresponde a la descripción del servicio prestado, asociado al código del ítem anterior | 200 | Texto |
| 14 | Código del plan | Registre el código del plan de acuerdo a la tabla de códigos de planes por entidad | 4 | Alfanumérico |
| 15 | Código de la Nota técnica | Registre el código de la nota técnica de acuerdo con lo definido en el numeral 4.1. del Capítulo VII | 43 | Alfanumérico |
| 16 | Fecha autorización | Fecha de autorización del servicio o producto requerido | 10 | dd/mm/aaaa |
| 17 | Fecha prestación | Fecha de prestación del servicio o producto autorizado | 10 | dd/mm/aaaa |
| 18 | Numero Factura | Corresponde a la factura soporte del pago | 20 | Alfanumérico |
| 19 | Fecha de radicación | Fecha de radicación de la factura | 10 | dd/mm/aaaa |
| 20 | Fecha de pago | Fecha de pago de los servicios prestados | 10 | dd/mm/aaaa |
| 21 | Pago Usuario | Registre el valor asumido por el usuario correspondiente al copago, cuota moderadora, bono, o equivalente | 15 | Numérico |

3
R. 01

| | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|
| Supersalud  | PROCESO | ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL | CÓDIGO | GDFL03 |
| | FORMATO | CIRCULAR EXTERNA 000020 | VERSIÓN | 1 |

| Campo | Variable | Descripción | Longitud máxima | Valores permitidos |
|-------|-----------------|--|-----------------|--------------------|
| 22 | Pago Entidad | Registre el valor de los servicios prestados a cargo de la Entidad | 15 | Numérico |
| 23 | Estado del pago | 1: Total pagado 2: Pagado Parcialmente 3: Sin pago | 1 | Numérico |

5. VIGENCIA

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación para la solicitud de autorización de habilitación de una nueva entidad, la emisión, modificación y actualización de un producto y/o plan, o para la modificación de metodologías para el cálculo de las reservas técnicas.

El incumplimiento de las anteriores instrucciones dará lugar al inicio de los procesos administrativos sancionatorios que en ejercicio de la facultad de control que tiene la Superintendencia Nacional de Salud, considere pertinentes y a las sanciones a que hubiere lugar de conformidad con la Ley.

Dado en Bogotá, D.C. a los

03 DIC 2015

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE,



NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Superintendente Nacional de Salud

Proyectó: Martha Cecilia Torres – Profesional Especializado *ca*
 Ana Paola Cipagauta – Profesional Especializado *PC*
 Revisó: Daniel Andrés Pinzón – Jefe Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos *dk*
 Ibette Patricia Guzmán – Directora De Inspección Y Vigilancia Para Entidades Administradoras De Planes De Beneficio *IB*
 José Oswaldo Bonilla – Superintendente Delegado Para La Supervisión De Riesgos
 Federico Alfonso Núñez García – Jefe Oficina Asesora Jurídica *FA*
 Aprobó: Daniel Andrés Pinzón – Jefe Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos *dk*
 Eva Katherine Carrascal – Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional *EC*
 José Oswaldo Bonilla - Superintendente Delegado Para La Supervisión De Riesgos *JO*

