

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2015**

Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las que le confieren los artículos 173 de la Ley 100 de 1993 y 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que los artículos 43.2.1 de la Ley 715 de 2001, 20 de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 196 de 2013, asignaron como competencias en materia de salud a las entidades territoriales, la de gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre que resida en su jurisdicción en lo no cubierto con subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud.

Que dicha competencia, en los términos de las citadas disposiciones, se desarrollará a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas y será financiada con los recursos del Sistema General de Participaciones del sector salud y demás recursos asignados para ese fin por la normatividad vigente.

Que las Entidades Promotoras de Salud son responsables de los contenidos y coberturas del Plan Obligatorio de Salud para la población afiliada al Régimen Subsidiado, así como de la integralidad en la prestación de los servicios de salud.

Que de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 y en especial el Auto 263 de 2012, este Ministerio debía definir entre otros, un procedimiento claro, preciso y ágil en la verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

Que una vez unificado el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y Subsidiado, se expidió la Resolución 5073 de 2013, que unificó el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, a cargo del respectivo ente territorial.

Que la citada resolución, en su artículo 4, reiteró la obligación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de garantizar a sus afiliados el acceso efectivo a las tecnologías en salud no incluidas en el POS, autorizadas por los Comités Técnico Científicos - CTC u ordenados por fallos de tutela y dispuso la aplicación de los procedimientos y términos establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y en la Resolución 3047 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Continuación de la resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”*

Que se hace necesario mejorar los procedimientos de pago y cobro directo de las Tecnologías en Salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de salud, de tal forma que se facilite el flujo de recursos de los entes territoriales, como responsables del pago, con cargo a los recursos del SGP del sector salud, a las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS públicas, privadas o mixtas que les brindan estas tecnologías.

Que los ajustes que se introducen al referido procedimiento buscan mantener reglas similares en el trámite de recobro en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, tal y como fue ordenado por la Corte Constitucional, teniendo en cuenta las particularidades del Régimen Subsidiado y las diferencias financieras y operacionales que existen con el Régimen Contributivo, con la finalidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, y excepcionalmente a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado.

Artículo 2. *Organización de la red para garantizar las tecnologías en salud No POS.* La entidad territorial deberá definir el listado de los prestadores de servicios de salud a través de los cuales se prestarán a los afiliados al Régimen Subsidiado las tecnologías en salud no incluidas en el POS. La prestación de estas tecnologías se hará a través de las Empresas Sociales del Estado – ESE que se encuentren debidamente habilitadas, salvo que la oferta de servicios requerida no exista o sea insuficiente en el municipio o su área de influencia, caso en el cual, se podrá prestar a través de otras IPS debidamente habilitadas.

Conforme a lo anterior, la entidad territorial departamental o distrital deberá informar a los usuarios y a las EPS que operan en su territorio, la red para garantizar las tecnologías en salud No POS.

La EPS será la responsable de la gestión de los servicios de su población afiliada y de realizar los trámites que correspondan para el logro del acceso a los servicios correspondientes.

Parágrafo 1. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital y las EPS deberán coordinar la prestación de las tecnologías en salud no incluidas en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado, garantizando la continuidad en la atención.

Parágrafo 2. La red a que hace referencia este artículo, deberá ser comunicada en la página web de la respectiva entidad territorial dentro de los diez (10) días

Continuación de la resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”*

hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución y mantenerla actualizada.

Artículo 3. *Atención de eventos no incluidos en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Cuando un afiliado al Régimen Subsidiado requiera la provisión de una tecnología en salud no incluida en el POS, el prestador de servicios de salud que lo esté atendiendo, deberá proceder de la siguiente manera.

- a) En los casos en que el prestador de servicios de salud que está atendiendo al usuario tenga contratada la tecnología en salud con la entidad territorial responsable del pago, deberá prestarla previa autorización del Comité Técnico Científico - CTC de la EPS a la que esté afiliado el usuario y gestionar su pago ante la entidad territorial, de conformidad con los términos del contrato y los establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen. Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad de la EPS frente a la gestión ante el respectivo prestador.
- b) En los casos en que el prestador de servicios de salud que está atendiendo al usuario no tenga contratada la tecnología en salud con la entidad territorial, se seguirá el siguiente procedimiento:

- I. Si la IPS tiene el servicio habilitado, la EPS, dentro de las doce (12) horas siguientes a la autorización del CTC, deberá presentar la solicitud de autorización ante la entidad territorial responsable del pago para que la IPS pueda brindar la tecnología NO POS o informe la IPS que la prestará de acuerdo con su red contratada. La entidad territorial deberá responder la solicitud dentro de las doce (12) horas siguiente a su recibo.

Si en el término establecido en este numeral, la entidad territorial manifiesta no tener contratada la tecnología en salud o no da respuesta a la solicitud elevada por la EPS, corresponderá a ésta informar a la IPS que debe continuar brindando la tecnología y que debe elevar la solicitud de pago a la entidad territorial respectiva.

- II. Si la IPS no tiene el servicio habilitado, la EPS dentro de las doce (12) horas siguientes a la autorización del CTC, deberá solicitar a la entidad territorial responsable del pago que informe la IPS que lo prestará de acuerdo con su red contratada, lo cual deberá responder dentro de las doce (12) horas siguiente a su recibo.

Si dentro del término establecido en este numeral, la entidad territorial no da respuesta a la solicitud elevada por la EPS, corresponderá a ésta determinar la IPS que debe continuar brindando la tecnología, de lo cual informará tanto al afiliado como a la IPS que lo está atendiendo. El cobro de las tecnologías brindadas por la IPS seleccionada será realizado directamente por esta a la entidad territorial respectiva.

Parágrafo 1. Con el fin de garantizar la integralidad en la atención de los usuarios del SGSSS y la protección de los recursos públicos, las tecnologías en salud no incluidas en el POS, previamente a su prestación, deberán someterse a aprobación por parte del CTC de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario,

Continuación de la resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”*

en los términos y condiciones establecidas en el Título II de la Resolución 5395 de 2013 o la norma que la modifique o sustituya, garantizando en todo caso la oportunidad de la atención del usuario.

Parágrafo 2. Con el fin de maximizar el uso de los recursos públicos y cuando se trate de suministro de medicamentos que el CTC haya autorizado, la entidad territorial departamental o distrital podrá continuar gestionando directamente la adquisición de estas tecnologías de tal forma que se garantice mejores condiciones en términos de oportunidad y precio de las mismas.

Parágrafo 3. Aquellas tecnologías No POS que a la entrada en vigencia de la presente resolución, hayan sido autorizadas por la EPS en una red distinta a la definida por la entidad territorial departamental o distrital en virtud del artículo 2 de la presente resolución, podrán continuar garantizándose por la EPS en la red que esta gestione, con el fin de dar continuidad a la prestación del servicio, garantizando la respectiva coordinación con la entidad territorial responsable del pago.

Parágrafo 4. Cuando exista urgencia manifiesta, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo. En estos casos, el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud No POS a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización previstos en el artículo 9 de la Resolución 5395 de 2013.

En las situaciones mencionadas, el médico tratante deberá presentar el caso ante el CTC dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro de la tecnología No POS, órgano que confirmará o no la decisión adoptada. La IPS realizará el cobro de las tecnologías No POS brindadas al paciente directamente a la entidad territorial.

Artículo 4. Requisitos para el pago. En todos los casos, la entidad territorial departamental o distrital deberá determinar los requisitos, soportes y demás elementos que le permitan al beneficiario del pago contar con la información suficiente sobre el procedimiento para el pago directo o recobro de las tecnologías en salud no incluidas en el POS que requieran los afiliados al Régimen Subsidiado. Estos deberán incluir como mínimo: la entidad beneficiaria del pago, el acta de aprobación del CTC y los criterios y plazos de auditoría.

Artículo 5. Reglas para determinar el valor a pagar de las tecnologías No POS. Las entidades territoriales deberán aplicar las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por tecnologías en salud No POS, bien sea a través de los contratos suscritos entre estas entidades y los prestadores de servicios de salud o mediante la figura del cobro directo o del recobro cuando, en los términos de la presente resolución, estas procedan:

- a) Si el precio de la tecnología en salud a cobrar o recobrar ha sido regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o quien haga sus veces, el valor a reconocer por dicha tecnología No POS será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo

Continuación de la resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”

grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

- b) Si el precio de la tecnología en salud a cobrar o recobrar no ha sido regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o quien haga sus veces, el valor a reconocer por dicha tecnología No POS será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

Esta regla también se aplicará cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o quien haga sus veces, se aplicará la regla contenida en el literal b del presente artículo.

Parágrafo 1. Cuando la tecnología en salud No POS cobrada directamente por parte de las IPS, tenga un sustituto en el POS o frente a la cual se haya adoptado un comparador administrativo, la entidad territorial pagará a la IPS como máximo el valor regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, el valor de las tarifas de referencia o el valor facturado, según corresponda, y posteriormente recobrará a la EPS a la que se encuentre afiliado el usuario, el valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo, si lo hubiere y las cuotas de recuperación.

Parágrafo 2. Cuando el valor solicitado de la tecnología no incluida en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial. La IPS deberá cobrarlo directamente a la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario.

Artículo 6. *Tecnologías no incluidas en el Plan de Obligatorio de Salud.* Para determinar si la tecnología en salud suministrada al afiliado se encuentra o no incluido en el POS, las entidades territoriales deberán:

- a. Aplicar los acuerdos, resoluciones y demás actos administrativos que establecen o precisan los contenidos del POS y las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan.
- b. Aplicar los criterios establecidos por el *Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en*

Continuación de la resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”

Salud No POS del Ministerio de Salud y Protección Social, creado por el artículo 44 de la Resolución 5395 de 2013, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio.

- c. Aplicar los conceptos emitidos por la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La Dirección publicará en la página web del Ministerio las preguntas frecuentes y conceptos.

Artículo 7. *Reporte de información por parte de las entidades territoriales.* Los departamentos y distritos reportarán semestralmente la información de las tecnologías no incluidas en el POS radicadas en la entidad por las IPS o EPS, a través de la Plataforma PISIS de conformidad con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico de la presente resolución.

Los semestres y fecha de presentación de la información, serán los siguientes:

Semestre	Fecha de Presentación
Enero- Junio	A más tardar el 31 de julio
Julio- Diciembre	A más tardar el 31 de enero

Artículo 8. *Saneamiento contable.* Las entidades territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EPS, una vez realizados los pagos o giros correspondientes, deberán reflejarlos en su contabilidad de acuerdo con su naturaleza y los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 9. *Vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución y, en caso de incumplimiento, realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 10. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 5073 de 2013.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”

ANEXO TÉCNICO

Las Entidades Territoriales enviarán al Ministerio de Salud y Protección Social, los archivos planos con información de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizadas por los CTC de la EPS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito

Para este anexo técnico se definen tres capítulos:

Capítulo 1. Estructura y especificaciones de los archivos

Capítulo 2. Características de los archivos planos.

Capítulo 3. Plataforma para el envío de archivos.

CAPITULO 1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIONES DE LOS ARCHIVOS

1.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.

El nombre de los archivos que deben ser enviados por las Entidades Territoriales con información de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito, debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	TEC	Identificador del módulo de información: Tecnologías NO POS	3	SI
Tipo de Fuente	120	Fuente de la Información – Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital	3	SI
Tema de información	NPOS	Reporte de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPSS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al Departamento o Distrito	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada.	8	SI

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones"

Componente del Nombre de Archivo	Valores Permitidos o Formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
		No se debe utilizar ningún tipo de separador.		
Tipo de identificación de la entidad reportadora	XX	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: DE: Departamento DI: Distrito	2	SI
Número de identificación de la entidad reportadora	XXXXXXXXXXXX	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior. Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo 000000000025 Si es DI en este campo va el código del Distrito. Ejemplo 000000011001	12	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

NOMBRES DE ARCHIVOS

Tipo de Archivo	Nombre de Archivo	Longitud
Archivo de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado	TEC120NPOSAAAAMDDDExxxxxxxxxxxx.txt TEC120NPOSAAAAMDDDIxxxxxxxxxxxx.txt	36

1.2 ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.

El archivo de la información de este Anexo Técnico está compuesto por dos tipos de registro, un único registro de control y varios registros de detalle:

Registro	Descripción	Requerido
Tipo 1	Registros de Control: Utilizado para identificar la entidad fuente de la información.	SI
Tipo 2	Registros de Detalle: contienen la información de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los CTC de la EPSS en las cuales se encuentra afiliado el usuario o por fallos de tutela con cargo al departamento o distrito	SI

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por coma (,).

Continuación de la resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”

1.2.1 REGISTRO TIPO 1 – REGISTRO DE CONTROL

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SI
1	Tipo de Identificación de la entidad que reporta	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información: DE: Departamento DI: Distrito	SI
2	Número de identificación de la entidad que reporta	5	N	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. De acuerdo al tipo de identificación del campo anterior. Si es DE en este campo va el código del departamento. Ejemplo 25 Si es DI en este campo va el código del Distrito. Ejemplo 11001	SI
3	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SI
4	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder final del periodo de información reportada y debe corresponder a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
5	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Debe corresponder a la cantidad de registros tipo 2, contenidos en el archivo.	SI

1.2.2 REGISTRO TIPO 2 – REGISTRO DE DETALLE TECNOLOGIAS NO POS

Mediante el Registro Tipo 2, la ET reporta a nivel de detalle de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas.

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
-----	------------------	---------------------------------	------	--------------------	-----------

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SI
DATOS DEL AFILIADO					
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	MS. Menor sin Identificar RC: Registro Civil TI : Tarjeta de Identidad AS: Adulto sin Identificar CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte	SI
3	Número de Identificación del afiliado	12	N	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
4	Primer Apellido	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
5	Segundo Apellido	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
6	Primer Nombre	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	SI
7	Segundo Nombre	60	A	Tal como se encuentra registrado en el documento de identidad	NO
DETALLE DE LA IPS /EPSS					
8	Tipo identificación de la IPS / EPS-S que radica la factura o recobro.	2	A	NI: NIT. Tipo de identificación de la entidad fuente de la información. Para todos los casos el tipo de identificación es NI (NIT).	SI
9	Número identificación de la IPS / EPS-S que radica la factura o recobro.	12	N	Este campo contiene el número de NIT de la entidad sin dígito de verificación.	SI
10	Razón Social de la IPS / Razón Social de la EPS-S que radica la factura o recobro.	250	A	Corresponde a la razón social de la IPS a la cual corresponde la factura o la EPSS del Régimen Subsidiado cuando se trate de un recobro.	SI
DETALLE DEL COBRO O RECOBRO					
11	Prefijó de la factura / recobro	6	A	Prefijó de la factura / recobro, en caso de no tener prefijo, dejar en blanco	NO
12	Número de la factura / Número de recobro	20	N	Numero de la factura de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas.	SI
13	Fecha de emisión de la factura / recobro	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Fecha en la cual se emitió la factura por parte de la IPS ó el recobro por parte de la EPSS	

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
14	Fecha de prestación de la Tecnología NO POS suministrada o prestada	10	F	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
15	Fecha de radicación de la factura por parte de la IPS/EPSS ante la Entidad Territorial	10	F	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato AAAA-MM-DD	SI
16	Código del diagnóstico	4	A	Código del diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigentes. CIE-10	SI
17	Tipo de la Tecnología NO POS suministrada o prestada.	2	A	MD: Medicamento. PD: Procedimiento IN: Insumos y Dispositivos Médicos OS: Otros Servicios	
18	Código de la Tecnología NO POS suministrada o prestada.	23	A	Medicamento: Registre el código CUM asignado por INVIMA, si el medicamento no tiene CUM – Registre "1". Procedimiento: Registre el código CUPS, si no existe CUPS – Registre "2". Insumos y Dispositivos Médicos: Registre "3" Otros Servicios: Registre "4"	SI
19	Nombre de las Tecnologías NO POS suministradas o prestadas	300	A	Nombre del Medicamento: Correspondiente a la variable producto de la tabla CUM del INVIMA. Nombre del Medicamento no incluidos en el código CUM: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Nombre de procedimientos código CUPS: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan. Nombre de procedimientos no incluidos en el código CUPS: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Nombre de Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: Según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio.	SI
20	Cantidad	4	N	Cantidad total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud.	SI
21	Valor Unitario	15	D	Valor Unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud. 13 Dígitos, más 2 Decimales	SI

Continuación de la resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
22	Valor Total	15	D	Valor Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud. 13 Dígitos, más 2 Decimales	SI
23	Mecanismo con el que se calcula el valor de la Tecnología NO POS suministrada o prestada.	2	A	CA: Comparador Administrativo TR: tarifa de referencia de la Entidad Territorial TM: Tarifa promedio del mercado (reporte SISMED)	SI

CAPITULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

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

- En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha
- Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- El separador de campos debe ser coma (,) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial coma (,).
- Cuando dentro de un archivo de datos se definan campos que no son obligatorios y que no sean reportados, este campo no llevará ningún valor, es decir debe ir vacío y reportarse en el archivo entre dos comas, por ejemplo si entre el dato1 y el dato3, el dato2 está vacío se reportará así: dato1,,dato3
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.
- Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.
- Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guión, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios.
- Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser reemplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.

Continuación de la resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”*

- l. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro
- m. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

CAPITULO 3. PLATAFORMA PARA EL ENVIO DE ARCHIVOS

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

- Registrar entidad:

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

- Registrar solicitud de usuario:

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

Control de calidad de los datos.

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

- **Primera validación:** corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción al reportante.
- **Segunda validación:** Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

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

Tratamiento de la información.

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

Seguridad de la información.

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

Continuación de la resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para el pago directo por parte de las entidades territoriales a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas, por las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones”*

Mesa de ayuda.

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

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