Ministerio de Hacienda y Crédito Público- Ministerio de la Protección Social

RESOLUCION NUMERO 004700 DE 2008

(noviembre 24)

por la cual se definen 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 para la operación de la Cuenta de Alto Costo.

Los Ministros de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 4° del Decreto 2699 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2699 de 2007, el cual en su artículo 1° creó la "Cuenta de Alto Costo" destinada a administrar financieramente los recursos dirigidos a las enfermedades ruinosas y catastróficas y aquellos correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo;

Que así mismo en dicho artículo se establece que la administración financiera de los recursos de la Cuenta de Alto Costo estará a cargo de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y de las demás Entidades Obligadas a Compensar, en dos subcuentas en las cuales se manejan independientemente i) los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas –alto costo–, y ii) los recursos correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, directamente relacionadas con el alto costo;

Que el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 2565 de 2007, en la cual se establece como primera enfermedad de alto costo, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en fase cinco, con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal. Así mismo, señaló que las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, son las establecidas en la Resolución 412 de 2000 expedida por el entonces Ministerio de Salud y las directamente relacionadas con la atención de patologías que impacten sobre la ERC con especial énfasis en nefropatía diabética e hipertensiva, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3442 de 2006, expedida por el Ministerio de la Protección Social;

Que la Resolución 3215 de 2007, expedida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social, consagró los mecanismos de cálculo para definir los montos de aporte por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y Subsidiado y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y de distribución de recursos de la cuenta de alto costo, en el caso de la Terapia de Reemplazo Renal por Enfermedad Renal Crónica (ERC);

Que el artículo 4º del Decreto 2699 de 2007 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 para soportar el giro a la "cuenta de alto costo" y la posterior distribución será definida mediante resolución conjunta del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público;

Que con el propósito de implementar mecanismos que permitan promover el buen manejo de los pacientes en riesgo de desarrollar Enfermedad Renal Crónica (ERC), de incentivar la prevención y de estimular la mejor atención tanto para los

pacientes con enfermedades precursoras como aquellos que ya están en Terapia de Reemplazo Renal (TRR), se hace necesario contar periódicamente con información detallada de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica y de los pacientes con patologías precursoras de la Enfermedad Renal Crónica, de manera que sea posible monitorear la evolución de dichos pacientes y la progresión de sus patologías;
En mérito de lo expuesto,x

RESUELVEN:

Artículo 1°. *Objeto*. Establecer la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo, la cual deberán enviar al Ministerio de la Protección Social y al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo, para la operación de las subcuentas que la componen, en el caso de la Enfermedad Renal Crónica y las enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con la Enfermedad Renal Crónica, definidas mediante la Resolución 2565 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2°. *Reporte de información, fases, contenidos, estructura, fechas de corte, fechas y períodos de reporte.* Para efectos del reporte de la información para la operación de la Cuenta de Alto Costo y con el fin de permitir la recopilación y consolidación progresiva de la información, se definen tres fases, a través de las cuales se aumenta gradualmente la cantidad y complejidad de la información a reportar.

Cada EPS y EOC reportará en medio magnético a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces y al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo, la información que se describe en los Anexos Técnicos según se define en la Tabla 1, observando los requerimientos de contenido y estructura que se establecen para cada uno de ellos. Los tres anexos técnicos forman parte integral de la presente resolución.

Tabla 1
Fases, descripción y sus respectivos Anexos Técnicos

Fase	**Descripción**	**Anexo Técnico**
Fase I	Reporte de la información de punto (información vigente a una fecha de corte), sobre un conjunto reducido de variables.	Anexo Técnico 1
Fase II	Reporte de la información de punto (información vigente a una fecha de corte), sobre el conjunto completo de variables.	Anexo Técnico 2
Fase III	Reporte de la información de período	Anexo Técnico 3

(información correspondiente a un período de un año), sobre el conjunto completo de variables.

La Tabla 2 define la fecha de corte (Fases I y II) o el período de reporte (Fase III) de la información y las fechas de reporte a las cuales se hará referencia en la presente resolución. La información de cada EPS y EOC debe ser enviada a más tardar en las fechas de reporte y debe corresponder a la situación de la EPS en la fecha de corte respectiva, según se define a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2
Fechas de corte y de reporte

Fase	**Información con fecha de corte o período de reporte**	**Fecha de reporte**
Fase I	Corte al 30 de agosto de 2008	1º de diciembre de 2008
Fase II	Corte al 30 de junio de 2009	30 de agosto de 2009
	Corte al 31 de diciembre de 2009	28 de febrero de 2010
Fase III	Período comprendido entre el 1° de julio de 2009 al 30 de junio de 2010	30 de agosto de 2010
	Período comprendido entre el 1° de julio de 2010 al 30 de junio de 2011	30 de agosto de 2011

Período comprendido entre el 1° de julio del año YYYY al 30 de junio del año YYYY+1	30 de agosto del año YYYY+1

Donde YYYY corresponde al año siguiente en el cual se efectuó el último reporte.

Artículo 3°. *Del reporte de la información de costos promedio.* En forma adicional al diligenciamiento de las variables correspondientes a los costos, contenidas en los Anexos Técnicos 2 y 3 de la presente resolución, las EPS y EOC deberán remitir en las fechas de reporte previstas en la Tabla 2, la información relativa al costo promedio por paciente para cada una de las patologías y alternativas terapéuticas, de conformidad con lo que al efecto se establece en la Tabla 3.
Esta información se deberá enviar en medio magnético al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo y a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social o la dependencia que haga sus veces, en un archivo de texto plano delimitado por tabulaciones, a dos columnas, donde cada fila contiene el código del tipo de registro a reportar y el costo promedio por paciente en cada una de las patologías y alternativas terapéuticas que se definen en la Tabla 3 (de esta manera, este archivo deberá tener únicamente seis filas con la información relacionada en la Tabla 3).

Tabla 3
Tipos de Registros a Reportar con la Información de Costos

Código del tipo de registro	**Costo promedio por paciente a reportar en el tipo de registro**
Tipo 1	Costo promedio de la EPS por paciente con Diabetes Mellitus. Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos relacionados con el diagnóstico de Diabetes Mellitus.
Tipo 2	Costo promedio de la EPS por paciente con Hipertensión Arterial. Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos relacionados con el diagnóstico de Hipertensión Arterial.
Tipo 3	Costo promedio de la EPS por paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, en

	terapia de diálisis peritoneal. Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos asociados a la terapia de diálisis peritoneal.
Tipo 4	Costo promedio de la EPS por paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, en terapia de hemodiálisis. Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos asociados a la terapia de hemodiálisis.
Código del tipo de registro	**Costo promedio por paciente a reportar en el tipo de registro**
Tipo 5	Costo promedio de la EPS por paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, que ha recibido trasplante renal y se encuentra en tratamiento postrasplante (costo promedio por paciente de la terapia postrasplante). Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos asociados a la terapia postrasplante.
Tipo 6	Costo promedio de la EPS por paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 que recibe trasplante renal (costo promedio por paciente del procedimiento de trasplante renal). Para reportar este valor se deben considerar únicamente aquellos costos asociados con el procedimiento de trasplante renal.

El nombre del archivo enviado por las EPS y EOC con la información de costos promedio descrita en este artículo, debe seguir el formato AAAAMMDD_CO-DEPS_COSTOS.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 2° de la presente resolución, y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.

Artículo 4°. *Certificación de veracidad de la información*. La información a enviar en virtud de la presente resolución se deberá acompañar de una comunicación, firmada por el representante legal de la EPS o EOC que la reporta, en la cual se certifique la veracidad de la información que se envía. En la misma comunicación se deberá especificar el número de archivos que se envían, así como el nombre, tamaño (MB) y número de registros (filas) de cada uno de los archivos remitidos.

Artículo 5°. *Validaciones y auditoría de la información*. La información reportada por las EPS y EOC en virtud de la presente resolución, podrá ser objeto, entre otras, de las siguientes validaciones:
a) La información de pacientes se podrá contrastar con la información de que disponga el Ministerio de la Protección Social para verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes;
b) Los costos asociados al paciente en cada una de las patologías y alternativas terapéuticas a que se refiere el artículo 9° de la Resolución 3215 de 2007 se podrán comparar contra los costos reportados en los registros de prestación de servicios enviados al Ministerio de la Protección Social para llevar a cabo el estudio de suficiencia de la UPC;
c) La información reportada podrá ser objeto de revisión por parte del Ministerio de la Protección Social y por el organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo, con el fin de detectar y corregir duplicaciones e inconsistencias en la información;
d) La información reportada podrá ser objeto de la auditoría contratada por la Cuenta de Alto Costo, la cual contempla muestras representativas de cada una de las EPS y EOC, con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y veracidad de la información que reporta cada una de las EPS y EOC;
e) La información consolidada en virtud de la presente resolución será **divulgada y ampliamente difundida** tanto por el Organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo como por el Ministerio de la Protección Social. En cumplimiento del Decreto 2699 de 2007, **las bases de datos que se conformen con la información reportada en virtud de la presente resolución serán de público conocimiento y de fácil acceso para toda la población, por lo que tanto los resultados de los análisis como las bases de datos para la operación de la Cuenta de Alto Costo, con todos los registros reportados por las EPS y EOC serán publicados en la página de Internet de la Cuenta de Alto Costo y en la página de Internet del Ministerio de la Protección Social**, garantizando siempre los derechos al Hábeas Data de los pacientes, a través de codificaciones que oculten la identidad de los mismos.
Parágrafo 1º. Tanto el Ministerio de la Protección Social como el Organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo, instarán a la sociedad civil a analizar dicha información y a ejercer el control social respectivo. De esta manera, las universidades, los centros de estudios y de consultoría, las sociedades científicas, las asociaciones de usuarios, las asociaciones de prestadores de servicios de salud así como las asociaciones de entidades promotoras de salud y la industria farmacéutica, serán invitados a analizar la información y llevar a cabo investigación y publicación de los resultados con la misma.

Artículo 6°. *Responsabilidad de los representantes legales.* La oportunidad y calidad de la información que se remita en aplicación de la presente resolución, se entenderá presentada en los términos previstos en el artículo 3º del Decreto 2699 de 2007, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.
Dada en Bogotá, D. C., a 24 de noviembre de 2008.
El Ministro de Hacienda y Crédito Público,
Oscar Iván Zuluaga Escobar.
El Ministro de la Protección Social,
Diego Palacio Betancourt.

Anexo Técnico 1

Información a Reportar a la cuenta de alto costo por cada EPS y EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos de la cuenta de alto costo – Primera patología de alto costo

FASE I

Cada EPS y EOC enviará al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo y a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social, en las fechas de reporte previstas en el artículo 2° de la presente resolución, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, **donde cada fila o registro representa un paciente que a la fecha de corte respectiva se encuentra afiliado a la EPS o EOC, y que tenga diagnóstico confirmado de alguna de las siguientes patologías**:

i) Hipertensión Arterial Sistémicai;

ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo IIii;

iii) Enfermedad Renal Crónica **estadio 5**[iii].

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 la Tabla 4.

Tabla 4

Estructura del archivo con el reporte de información

Campo	Variable	Tipo de variable4 y rango	Descripción
1	EPS	Alfanumérico (string)	Código de la empresa promotora de salud que reporta el paciente (EPS/EOC/ESS/CCF).
2	Régimen	Numérico (int), valores posibles {1,2,3}	1: si el paciente está afiliado al Régimen Contributivo. 2: si el paciente está afiliado al Régimen Subsidiado. 3: si el paciente está afiliado con subsidio parcial.
3	Primer nombre	Alfanumérico (string)	Primer nombre del paciente.
4	Segundo nombre	Alfanumérico (string)	Segundo nombre del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo

			nombre.
5	Primer Apellido	Alfanumérico (string)	Primer Apellido del paciente.
6	Segundo Apellido	Alfanumérico (string)	Segundo Apellido del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo apellido.
7	Tipo de Identificación	Alfanumérico (string), valores posibles {TI, CC, CE, PA, RC, NU, MS, AS}	Tipo de identificación del afiliado según los siguientes tipos. TI: Tarjeta Identidad. CC: Cédula de Ciudadanía. CE: Cédula Extranjería. PA: Pasaporte. RC: Registro Civil. NU: Número Unico de Identificación Personal. MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).
8	Identificación	Alfanumérico (string)	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación, con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002,

			artículo 7°.
9	Fecha de nacimiento	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento del paciente en el formato AAAA-MM-DD.
10	Sexo	Alfanumérico (string), valores posibles {F,M}	Género del paciente. F: si el paciente es de género femenino M: si es masculino.
11	Dirección	Alfanumérico (string)	Dirección de residencia o de contacto del paciente.
12	Teléfono	Alfanumérico (string)	Teléfono de contacto del paciente.

Campo	**Variable**	**Tipo de variable4 y rango**	**Descripción**
13	Código Municipio	Numérico (string)	Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.
14	Fecha de afiliación a la EPS	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha en la que el paciente se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.

15	Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de HTA (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan). 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de HTA.
16	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de DM (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan) 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de DM.
17	Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de ERC estadio 5. 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de ERC estadio 5.
18	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que se confirmó el diagnóstico de ERC estadio 5. Si el paciente no fue diagnosticado originalmente en la EPS o EOC que reporta, y

			además no se dispone de la fecha del diagnóstico en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 anterior a la afiliación y desconocida". No aplica cuando el paciente no se encuentra en estadio 5 de la ERC.
19	Terapia de Reemplazo Renal (TRR)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente se encuentra en TRR. 0: si el paciente no se encuentra en TRR.
20	Fecha TRR	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que el paciente inició la TRR. No aplica cuando el paciente no se encuentra en TRR (cuando el campo 21 es cero). Si el paciente no comenzó la TRR en la EPS o EOC que reporta, y además no se dispone de la fecha de inicio de la TRR en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de

			inicio de TRR anterior a la afiliación y desconocida".
21	Transplante	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	0: si el paciente no ha recibido trasplante renal. 1: si el paciente ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta. 2: si el paciente ha recibido trasplante, pero no en la EPS o EOC que reporta.
22	Hemodiálisis (HD)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente se encuentra en terapia de hemodiálisis a través de fístula a la fecha de corte. 2: si el paciente se encuentra en terapia de hemodiálisis a través de catéter a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en terapia de hemodiálisis a la fecha de corte.
23	Diálisis peritoneal (DP)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal manual a la

			fecha de corte. 2: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal automatizada a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en terapia de diálisis peritoneal a la fecha de corte.
24	Terapia de la ERC estadio 5, con tratamiento médico	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente con ERC estadio 5 se encuentra solamente en tratamiento médico sin diálisis ni trasplante a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en esta terapia.
25	Nombre de la IPS	Alfanumérico (string)	Nombre de la IPS en la cual se atiende regularmente al paciente a la fecha de corte. En caso de tener más de una patología, nombre de la IPS en donde se atiende la patología de mayor severidad, en donde la patología de mayor severidad es la ERC estadio 5,

			seguida por la DM y finalmente la HTA.
26	Municipio de la IPS	Numérico (string)	Código del municipio en 5 dígitos en donde está operando la IPS según la división político administrativa – DANE.
27	Dirección de la IPS	Numérico (double)	Dirección donde se localiza la IPS.
28	Teléfono de la IPS	Numérico (string)	Teléfono de contacto de la IPS.

Todos los campos son obligatorios y solamente aquellos para los cuales la Tabla 4 define explícitamente la posibilidad de que el campo no aplique, se podrá omitir el reporte de un valor en dicho campo. Cuando se cumplan las condiciones de no aplica para un campo, este debe ser reportado en blanco y no se debe omitir para garantizar que cada registro del archivo contenga exactamente la totalidad de los campos contenidos en la Tabla 4.
Para los campos numéricos que contengan valores no enteros (campos de tipo double), 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 2° de la presente resolución, y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.
Todo paciente 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 siempre en cuenta que en la estructura definida en la Tabla 4 cada registro corresponde a un único paciente y en consecuencia, ninguna EPS o EOC deberá reportar dos o más registros para un mismo paciente. En el evento en que un paciente tenga más de un diagnóstico confirmado de DM, HTA, o ERC, dicha información se reporta de manera independiente en los campos 15, 16 y 17.

Anexo Técnico 2

Información a Reportar a la cuenta de alto costo por cada EPS y EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos de la cuenta de alto costo – Primera patología de alto costo
FASE II
Cada EPS y EOC enviará al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo y a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social, en las fechas de reporte previstas en el artículo 2° de la presente resolución, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, **donde cada fila o registro representa un paciente que a la fecha de corte respectiva se**

encuentra afiliado a la EPS o EOC, y que tenga diagnóstico confirmado de alguna de las siguientes patologías:
i) Hipertensión Arterial Sistémicai;
ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo IIii;
iii) Enfermedad Renal Crónica en cualquiera de las fases de progresión de la enfermedadv, e independientemente de si se encuentra o no en Terapia de Reemplazo Renal (TRR)vi.
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 la Tabla 5.

Tabla 5
Estructura del archivo con el reporte de información

Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
1	EPS	Alfanumérico (string)	Código de la empresa promotora de salud que reporta el paciente (EPS/EOC/ESS/CCF).
2	Régimen	Numérico (int), valores posibles {1,2,3}	1: si el paciente está afiliado al Régimen Contributivo. 2: si el paciente está afiliado al Régimen Subsidiado. 3: si el paciente está afiliado con subsidio parcial.
3	Primer nombre	Alfanumérico (string)	Primer nombre del paciente.
4	Segundo nombre	Alfanumérico (string)	Segundo nombre del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo nombre.
5	Primer Apellido	Alfanumérico (string)	Primer apellido del

				paciente.
6		Segundo Apellido	Alfanumérico (string)	Segundo Apellido del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo apellido.
7		Tipo de Identificación	Alfanumérico (string), valores posibles {TI, CC, CE, PA, RC, NU, MS, AS}	Tipo de identificación del afiliado según los siguientes tipos. TI: Tarjeta Identidad. CC: Cédula de Ciudadanía. CE: Cédula Extranjería. PA: Pasaporte. RC: Registro Civil. NU: Número Unico de Identificación Personal. MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).
8		Identificación	Alfanumérico (string)	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación, con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, artículo 7°.

9	Fecha de nacimiento	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento del paciente en el formato AAAA-MM-DD.

Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
10	Sexo	Alfanumérico (string), valores posibles {F,M}	Género del paciente. F: si el paciente es de género femenino M: si es masculino.
11	Dirección	Alfanumérico (string)	Dirección de residencia o de contacto del paciente.
12	Teléfono	Alfanumérico (string)	Teléfono de contacto del paciente.
13	Código Municipio	Numérico (string)	Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.
14	Fecha de afiliación a la EPS	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha en la que el paciente se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.

15	Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de HTA (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan). 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de HTA.
16	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de DM (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan). 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de DM.
17	Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de ERC (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan), en cualquiera de los estadios de progresión de la enfermedad. 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de ERC.

18	Tasa de filtración glomerular (TFG)	Numérico (double)	Valor de la TFG que debe ser informada como la tasa de filtración glomerular (TFG) en mL/min/1.73 m2 de superficie corporal, calculada con la fórmula de Cock Croft Gault, a partir del último examen de Creatinina Sérica tomado en los últimos tres meses (los tres meses previos a la fecha de corte).
19	Estadio de ERC (KDQI)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2,3,4,5 }	Estadio de Enfermedad Renal Crónica de acuerdo a la Guía de ERC adoptada por el Ministerio de la Protección Social. No aplica cuando el paciente no tiene diagnóstico confirmado de ERC (cuando el campo 17 es cero).

20	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que se confirmó el diagnóstico de ERC estadio 5. Si el paciente no fue diagnosticado originalmente en la EPS o EOC que reporta, y además no se dispone de la fecha del diagnóstico en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 anterior a la afiliación y desconocida". No aplica cuando el paciente no se encuentra en estadio 5 de la ERC (cuando el campo 19 es distinto de 5).
21	Terapia de Reemplazo Renal (TRR)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente se encuentra en TRR. 0: si el paciente no se encuentra en TRR.
22	Fecha TRR	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que el paciente inició la TRR. No aplica cuando el paciente no

			se encuentra en TRR (cuando el campo 21 es cero). Si el paciente no comenzó la TRR en la EPS o EOC que reporta, y además no se dispone de la fecha de inicio de la TRR en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de inicio de TRR anterior a la afiliación y desconocida".
23	TFG a la fecha en que el paciente entró en TRR	Numérico (double)	Tasa de filtración glomerular (TFG) en mL/min/1.73 m2 de superficie corporal, calculada con la fórmula de Cock Croft Gault, a la fecha en la que el paciente inició la TRR. No aplica cuando el paciente no se encuentra en TRR (cuando el campo 21 es cero) y tampoco aplica cuando el paciente no inició TRR en la EPS o EOC que reporta.

24	Transplante	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	0: si el paciente no ha recibido trasplante renal. 1: si el paciente ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta. 2: si el paciente ha recibido trasplante, pero no en la EPS o EOC que reporta.
25	Código de la EPS que realizó el trasplante	Alfanumérico (string)	Código de la EPS o EOC que realizó o pagó el trasplante renal. Solamente en caso de que el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el paciente y que no se disponga de esta información (indicada por el paciente), en este campo se debe reportar el valor "Código desconocido". No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero).

Campo	Variable	Tipo de variableiv y rango	Descripción
26	Grupo de trasplante	Alfanumérico (string)	Código de habilitación de la IPS que realizó el trasplante (grupo de trasplante). Solamente en caso de que el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el paciente y que no se disponga de esta información (indicada por el paciente), en este campo se debe reportar el valor "Código desconocido". No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero).
27	Costo del trasplante	Numérico (double)	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 paciente. No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero), tampoco aplica cuando el paciente recibió trasplante renal pero en una EPS o EOC distinta a la EPS o EOC que reporta el paciente (cuando el campo 24 es dos) y tampoco aplica cuando el paciente recibió trasplante renal en la EPS o EOC que reporta, pero el procedimiento no se realizó dentro del año (12 meses) inmediatame

			nte anterior a la fecha de corte.
28	Costo de la terapia postrasplante	Numérico (double)	Costo total de la terapia postrasplante del paciente durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo reporta durante todo el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá reportar el costo de la terapia postrasplante del paciente desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. En este costo se deben incluir solamente los costos de los

			medicamentos POS para el tratamiento de inmunosupresión. No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero).
29	Hemodiálisis (HD)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente se encuentra en terapia de hemodiálisis a través de fístula a la fecha de corte. 2: si el paciente se encuentra en terapia de hemodiálisis a través de catéter a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en terapia de hemodiálisis a la fecha de corte.
30	Costo HD	Numérico (double)	Costo total de la hemodiálisis durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo

				reporta durante todo el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá reportar el costo de la HD del paciente desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. En este costo se debe incluir solamente el costo de la HD (lo que la EPS o EOC considere contenido en la HD), excluyendo otros gastos en este paciente (como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR). No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD a la fecha de corte (cuando el campo 29 es cero).
31	Diálisis peritoneal (DP)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal manual a la	

			fecha de corte. 2: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal automatizada a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en terapia de diálisis peritoneal a la fecha de corte.
32	Costo DP	Numérico (double)	Costo total de la DP durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo reporta durante todo el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá reportar el costo de la DP del paciente desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. En este costo se debe incluir solamente el

			costo de la DP (lo que la EPS o EOC considere contenido en la DP), excluyendo otros gastos en este paciente (como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR). No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de DP a la fecha de corte (cuando el campo 31 es cero).
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
33	Terapia de la ERC estadio 5, con tratamiento médico	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente con ERC estadio 5 se encuentra solamente en tratamiento médico sin diálisis ni trasplante a la fecha de corte. 0: si el paciente no se encuentra en esta terapia.

34	Costo de la terapia ERC estadio 5 con tratamiento médico	Numérico (double)	Costo total de la terapia exclusivamente con tratamiento médico para ERC5 durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo reporta durante todo el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá reportar el costo del paciente por el tratamiento desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. En este costo se debe incluir solamente el costo de la terapia ERC5 con tratamiento médico (lo que la EPS o EOC considere contenido en dicha terapia), excluyendo otros gastos

			en este paciente. No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia para la ERC5 con solo tratamiento médico a la fecha de corte (cuando el campo 33 es cero).
35	Nombre de la IPS	Alfanumérico (string)	Nombre de la IPS en la cual se atiende regularmente al paciente a la fecha de corte. En caso de tener más de una patología, nombre de la IPS en donde se atiende la patología de mayor severidad, en donde la patología de mayor severidad es la ERC, seguida por la DM y finalmente la HTA.
36	Municipio de la IPS	Numérico (string)	Código del municipio en 5 dígitos en donde está operando la IPS según la división político administrativa – DANE.
37	Dirección de la IPS	Numérico (double)	Dirección donde se localiza la IPS.

38	Teléfono de la IPS	Numérico (string)	Teléfono de contacto de la IPS.
39	Hemoglobina (Hgb)	Numérico (double)	Resultado (valor) del último examen de hemoglobina indicando la concentración de hemoglobina en la sangre reportado en gramos por decilitro (g/dl). No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD y tampoco se encuentra en terapia de DP (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
40	Albúmina Sérica	Numérico (double)	Resultado (valor) del último examen de albúmina sérica expresado como la cantidad de albúmina en el suero de la sangre, reportado en gramos por decilitro (g/dl). No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD y tampoco se encuentra en terapia de DP

			(cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
41	Dosis de diálisis (Kt/V)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición de la dosis de diálisis expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del paciente (Kt/V). No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD y tampoco se encuentra en terapia de DP (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
42	Calcio (Ca)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición del Calcio Sérico reportado en mg/dL, expresado como la cantidad de calcio en la sangre. No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD y tampoco se

			encuentra en terapia de DP (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
43	Fósforo (P)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición de la dosis de fósforo sérico reportado en mg/dL, expresado como la cantidad de fósforo en la sangre. No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de HD y tampoco se encuentra en terapia de DP (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
44	Peritonitis	Numérico (int)	Número de episodios de peritonitis que sufrió el paciente durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo reporta durante todo

			el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá reportar el número de episodios de peritonitis desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. No aplica cuando el paciente no se encuentra en terapia de DP a la fecha de corte (cuando el campo 31 es cero).
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
45	Costo Total	Numérico (double)	Costo total de la atención del paciente durante el año (12 meses) inmediatamente anterior a la fecha de corte. En el evento en que el paciente no haya estado afiliado a la EPS o EOC que lo reporta durante todo el año inmediatamente anterior a la fecha de corte, se deberá

	reportar el costo total del paciente desde que se afilió a la EPS o EOC (campo 14) hasta la fecha de corte. En este campo se deben agregar todos los gastos en el paciente, relacionados con los diagnósticos registrados en los campos 15, 16 y 17, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones, incluyendo solamente servicios POS.

Todos los campos son obligatorios y solamente aquellos para los cuales la Tabla 5 define explícitamente la posibilidad de que el campo no aplique, se podrá omitir el reporte de un valor en dicho campo. Cuando se cumplan las condiciones de no aplica para un campo, este debe ser reportado en blanco y no se debe omitir para garantizar que cada registro del archivo contenga exactamente la totalidad de los campos contenidos en la Tabla 5.

Para los campos numéricos que contengan valores no enteros (campos de tipo double), 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 2° de la presente resolución, y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.

Todo paciente 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 siempre en cuenta que en la estructura definida en la Tabla 5 cada registro corresponde a un único paciente y en consecuencia, ninguna EPS o EOC deberá reportar dos o más registros para un

mismo paciente. En el evento en que un paciente tenga más de un diagnóstico confirmado de DM, HTA, o ERC, dicha información se reporta de manera independiente en los campos 15, 16 y 17.

Anexo Técnico 3

Información a Reportar a la cuenta de alto costo por cada EPS y EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos de la cuenta de alto costo – Primera patología de alto costo.

FASE III

Cada EPS y EOC enviará al organismo de Administración de la Cuenta de Alto Costo y a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social, en las fechas de reporte previstas en el artículo 2° de la presente resolución, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, donde cada fila o registro representa un paciente que ha estado afiliado a la EPS o EOC durante el período de reporte, y que tenga diagnóstico confirmado de alguna de las siguientes patologías:

i) Hipertensión Arterial Sistémicai;

ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo IIii;

iii) Enfermedad Renal Crónica en cualquiera de las fases de progresión de la enfermedadv, e independientemente de si se encuentra o no en Terapia de Reemplazo Renal (TRR)vi.

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 la Tabla 6.

Tabla 6

Estructura del archivo con el reporte de información

Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
1	EPS	Alfanumérico (string)	Código de la empresa promotora de salud que reporta el paciente (EPS/EOC/ESS/CCF).
2	Régimen	Numérico (int), valores posibles {1,2,3}	1: si el paciente está afiliado al Régimen Contributivo. 2: si el paciente está afiliado al Régimen Subsidiado. 3: si el paciente está afiliado con subsidio parcial.
3	Primer	Alfanumérico	Primer

	nombre	(string)	nombre del paciente.
4	Segundo nombre	Alfanumérico (string)	Segundo nombre del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo nombre.
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
5	Primer Apellido	Alfanumérico (string)	Primer apellido del paciente.
6	Segundo Apellido	Alfanumérico (string)	Segundo Apellido del paciente. No aplica cuando el paciente no tiene segundo apellido.
7	Tipo de Identificación	Alfanumérico (string), valores posibles {TI, CC, CE, PA, RC, NU, MS, AS}	Tipo de identificación del afiliado según los siguientes tipos. TI: Tarjeta Identidad. CC: Cédula de Ciudadanía. CE: Cédula Extranjería. PA: Pasaporte. RC: Registro Civil. NU: Número Único de Identificación Personal. MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).

8	Identificación	Alfanumérico (string)	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación, con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, artículo 7°.
9	Fecha de nacimiento	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento del paciente en el formato AAAA-MM-DD.
10	Sexo	Alfanumérico (string), valores posibles {F,M}	Género del paciente. F: si el paciente es de género femenino M: si es masculino.
11	Dirección	Alfanumérico (string)	Dirección de residencia o de contacto del paciente.
12	Teléfono	Alfanumérico (string)	Teléfono de contacto del paciente.
13	Código Municipio	Numérico (string)	Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.

14	Fecha de afiliación a la EPS	Fecha (string) en el formato AAAA-MM-DD	Fecha en la que el paciente se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.
15	Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de HTA (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan). 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de HTA.
16	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de DM (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan) 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de DM.
17	Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de ERC (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan), en cualquiera de los estadios de progresión de la enfermedad. 0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado

			de ERC.
18	Tasa de filtración glomerular (TFG)	Numérico (double)	Valor de la TFG que debe ser informada como la tasa de filtración glomerular (TFG) en mL/min/1.73 m2 de superficie corporal, calculada con la fórmula de Cock Croft Gault, a partir del último examen de Creatinina Sérica tomado en los últimos tres meses del período de reporte.
19	Estadio de ERC (KDQI)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2,3,4,5}	Estadio de Enfermedad Renal Crónica de acuerdo a la Guía de ERC adoptada por el Ministerio de la Protección Social. No aplica cuando el paciente no tiene diagnóstico confirmado de ERC (cuando el campo 17 es cero).

20	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que se confirmó el diagnóstico de ERC estadio 5. Si el paciente no fue diagnosticado originalmente en la EPS o EOC que reporta, y además no se dispone de la fecha del diagnóstico en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 anterior a la afiliación y desconocida". No aplica cuando el paciente no se encuentra en estadio 5 de la ERC (cuando el campo 19 es distinto de 5).
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
21	Terapia de Reemplazo Renal (TRR)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente recibió TRR durante el período de reporte. 0: si el paciente no recibió TRR durante el período de reporte.

22	Fecha TRR	Fecha (string) en el formato AAAA-MM	Fecha (mes y año) en la que el paciente inició la TRR. No aplica cuando el paciente no se encuentra en TRR (cuando el campo 21 es cero). Si el paciente no comenzó la TRR en la EPS o EOC que reporta, y además no se dispone de la fecha de inicio de la TRR en la otra entidad, se debe colocar aquí el texto "Fecha de inicio de TRR anterior a la afiliación y desconocida".
23	TFG a la fecha en que el paciente entró en TRR	Numérico (double)	Tasa de filtración glomerular (TFG) en mL/min/1.73 m2 de superficie corporal, calculada con la fórmula de Cock Croft Gault, a la fecha en la que el paciente inició la TRR. No aplica cuando el paciente no se encuentra en TRR (cuando el campo 21 es cero) y tampoco

			aplica cuando el paciente no inició TRR en la EPS o EOC que reporta.
24	Transplante	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	0: si el paciente no ha recibido trasplante renal. 1: si el paciente ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta. 2: si el paciente ha recibido trasplante, pero no en la EPS o EOC que reporta.
25	Código de la EPS que realizó el trasplante	Alfanumérico (string)	Código de la EPS o EOC que realizó o pagó el trasplante renal. Solamente en caso de que el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el paciente y que no se disponga de esta información (indicada por el paciente), en este campo se debe reportar el valor "Código desconocido". No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando

			el campo 24 es cero)
26	Grupo de trasplante	Alfanumérico (string)	Código de habilitación de la IPS que realizó el trasplante (grupo de trasplante). Solamente en caso de que el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el paciente y que no se disponga de esta información (indicada por el paciente), en este campo se debe reportar el valor "Código desconocido". No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero)
27	Costo del trasplante	Numérico (double)	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 paciente. No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero), tampoco aplica cuando el paciente recibió trasplante renal pero en una EPS o EOC distinta a la EPS o EOC que reporta el paciente (cuando el campo 24 es dos) y tampoco aplica cuando el paciente recibió trasplante renal en la EPS o EOC que reporta, pero el procedimiento no se realizó durante el período de reporte.
28	Costo de la terapia postrasplante	Numérico (double)	Costo total de la terapia postrasplante del paciente durante el período de reporte. En este costo se

			deben incluir solamente los costos de los medicamentos POS para el tratamiento de inmunosupresión. No aplica cuando el paciente no ha recibido trasplante renal (cuando el campo 24 es cero).
29	Hemodiálisis (HD)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente recibió terapia de hemodiálisis a través de fístula durante el período de reporte. 2: si el paciente recibió terapia de hemodiálisis a través de catéter durante el período de reporte. 0: si el paciente no recibió terapia de hemodiálisis durante el período de reporte.
30	Costo HD	Numérico (double)	Costo total de la hemodiálisis durante el período de reporte. En este costo se debe incluir solamente el costo de la HD (lo que la EPS o EOC considere

			contenido en la HD), excluyendo otros gastos en este paciente (como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR). No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD durante el período de reporte (cuando el campo 29 es cero).
31	Diálisis peritoneal (DP)	Numérico (int), valores posibles {0,1,2}	1: si el paciente recibió terapia de diálisis peritoneal manual durante el período de reporte. 2: si el paciente recibió terapia de diálisis peritoneal automatizada durante el período de reporte. 0: si el paciente no recibió terapia de diálisis peritoneal durante el período de reporte.
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y**	**Descripción**

		rango	
32	Costo DP	Numérico (double)	Costo total de la DP durante el período de reporte. En este costo se debe incluir solamente el costo de la DP (lo que la EPS o EOC considere contenido en la DP), excluyendo otros gastos en este paciente (como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR). No aplica cuando el paciente no recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el campo 31 es cero).
33	Terapia de la ERC estadio 5, con tratamiento médico	Numérico (int), valores posibles {0,1}	1: si el paciente con ERC estadio 5 recibió solamente tratamiento médico sin diálisis ni trasplante durante el período de reporte. 0: si el paciente no recibió esta alternativa terapéutica durante el período de reporte.

34	Costo de la terapia ERC estadio 5 con tratamiento médico	Numérico (double)	Costo total de la terapia exclusivamente con tratamiento médico para ERC5 durante el período de reporte. En este costo se debe incluir solamente el costo de la terapia ERC5 con tratamiento médico (lo que la EPS o EOC considere contenido en dicha terapia), excluyendo otros gastos en este paciente. No aplica cuando el paciente no recibió la terapia para la ERC estadio 5 con tratamiento médico durante el período de reporte (cuando el campo 33 es cero).
35	Nombre de la IPS	Alfanumérico (string)	Nombre de la IPS en la cual se atiende regularmente al paciente durante el período de reporte. En caso de tener más de una patología, nombre de la IPS en donde se atiende la patología de mayor

			severidad, en donde la patología de mayor severidad es la ERC, seguida por la DM y finalmente la HTA.
36	Municipio de la IPS	Numérico (string)	Código del municipio en 5 dígitos en donde está operando la IPS según la división político administrativa – DANE.
37	Dirección de la IPS	Numérico (double)	Dirección donde se localiza la IPS.
38	Teléfono de la IPS	Numérico (string)	Teléfono de contacto de la IPS.
39	Hemoglobina (Hgb)	Numérico (double)	Resultado (valor) del último examen de hemoglobina indicando la concentración de hemoglobina en la sangre reportado en gramos por decilitro (g/dl). No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD y tampoco recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).

40	Albúmina Sérica	Numérico (double)	Resultado (valor) del último examen de albúmina sérica expresado como la cantidad de albúmina en el suero de la sangre, reportado en gramos por decilitro (g/dl). No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD y tampoco recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
41	Dosis de diálisis (Kt/V)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición de la dosis de diálisis expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del paciente (Kt/V). No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD y tampoco recibió terapia de DP durante el período de reporte

			(cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
42	Calcio (Ca)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición del Calcio Sérico reportado en mg/dL, expresado como la cantidad de calcio en la sangre. No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD y tampoco recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
43	Fósforo (P)	Numérico (double)	Resultado (valor) de la última medición de la dosis de fósforo sérico reportado en mg/dL, expresado como la cantidad de fósforo en la sangre. No aplica cuando el paciente no recibió terapia de HD y tampoco recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el

			campo 29 y el campo 31 son simultáneamente cero).
44	Peritonitis	Numérico (int)	Número de episodios de peritonitis que sufrió el paciente durante el período de reporte. No aplica cuando el paciente no recibió terapia de DP durante el período de reporte (cuando el campo 31 es cero).
45	Novedad	Numérico (int), valores posibles {0,1,2,3,4,5,6,7}	Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos durante el período de reporte. 0: si el paciente no tuvo ninguna novedad 1: si el paciente falleció 2: si el paciente ingresó en TRR 3: si el paciente aumentó de estadio de la ERC5 4: si el paciente disminuyó de estadio ERC5 5: si el paciente salió de TRR y no ha fallecido pero sigue

			afiliado a la EPS o EOC que reporta el paciente 6: si el paciente se trasladó a otra EPS o EOC 7: si el paciente se afilió a la EPS durante el período de reporte 8: si el paciente quedó sin afiliación (vinculados)
Campo	**Variable**	**Tipo de variableiv y rango**	**Descripción**
46	Código de la EPS de origen	Alfanumérico (string)	Código de la EPS en donde estaba afiliado el paciente antes de trasladarse a la EPS que reporta. No aplica si el paciente no se afilió a la EPS durante el período de reporte (si el campo 45 es distinto de 7).
47	Tiempo de prestación de servicios	Numérico (int)	Número de meses en los que el paciente efectivamente recibió servicios a cargo de la EPS que reporta.
48	Costo Total	Numérico (double)	Costo total de la atención del paciente durante el período de reporte. En

	este campo se deben agregar todos los gastos en el paciente, relacionados con los diagnósticos registrados en los campos 15, 16 y 17, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones, incluyendo solamente servicios POS.

Todos los campos son obligatorios y solamente aquellos para los cuales la Tabla 6 define explícitamente la posibilidad de que el campo no aplique, se podrá omitir el reporte de un valor en dicho campo. Cuando se cumplan las condiciones de no aplica para un campo, este debe ser reportado en blanco y no se debe omitir para garantizar que cada registro del archivo contenga exactamente la totalidad de los campos contenidos en la Tabla 6.
Para los campos numéricos que contengan valores no enteros (campos de tipo double), 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 2° de la presente resolución, y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.
Todo paciente que ha estado afiliado a la EPS o EOC durante el período de reporte y que tenga diagnóstico confirmado de una o más de las patologías establecidas (HTA, DM o ERC) deberá ser reportado, teniendo siempre en cuenta que en la estructura definida en la Tabla 6 cada registro corresponde a un único paciente y en consecuencia, ninguna EPS o EOC deberá reportar dos o más registros para un mismo paciente. En el evento en que un paciente tenga más de un diagnóstico confirmado de DM, HTA, o ERC, dicha información se reporta de manera independiente en los campos 15, 16 y 17.

i. los términos de la "Guía de Atención de la Hipertensión Arterial" publicada por el Ministerio de la Protección Social en 2007, de la siguiente forma: "...elevación de las cifras de presión arterial tomada con una adecuada técnica. Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg o la presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg".
ii. En este grupo se considerarán los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo II, definida esta según la Resolución 412 de 2000

como sigue: 1. Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126mg/dl (≥ 7 mmol/l) en dos ocasiones. Ayuno se define como un período sin ingesta calórica por lo menos de ocho horas y máximo de doce horas. 2. Glucemia dos horas posprandial ≥ 200mg/dl (11.1mmol/l) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS, usando una carga de glucosa equivalente a 75 gr o 1.75gr/ kg de peso de glucosa anhidra disuelta en 300 cc agua para menores de 30 kg de peso. 3. Glucemia ≥ de 200 mg/dl (11.1mmol/l) a cualquier hora del día (casual) con presencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, pérdida de peso o polifagia. Se define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

iii. Se entiende por paciente con diagnóstico confirmado de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 al paciente que presenta daño renal y una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 15 mL/min/1.73m**2** de superficie corporal. TFG<15 mL/min/1.73m**2** de superficie corporal.

iv. Para cada uno de los campos debe ser posible cargar la información reportada en el tipo de datos que se presenta entre paréntesis (), el cual corresponde al tipo de datos de un lenguaje de programación de alto nivel como Java o C++. Para los campos numéricos que contengan valores no enteros (campos de tipo double), se debe utilizar el punto (.) como separador decimal.

v. Se entiende por paciente con diagnóstico confirmado de Enfermedad Renal Crónica aquel que presenta "daño renal por más de tres meses, consistente en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por: marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes) o aquel paciente que tenga una "TFG<60 mL/min/1.73m**2** de superficie corporal, con o sin daño renal".

vi. Se entiende como paciente en Terapia de Reemplazo Renal (TRR) aquel que se encuentra en una de las 3 modalidades de tratamiento que existen una vez el paciente con ERC fase 5 necesita reemplazo renal, las cuales son, 1. Hemodiálisis, 2. Diálisis Peritoneal o 3. Transplante Renal.