

## RESOLUCIÓN 4700 N DE 2008

(noviembre 24)

Diario Oficial No. 47.190 de 1 de diciembre de 2008

### MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

### MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

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.

#### Resumen de Notas de Vigencia

##### NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución 2463 de 2014, 'por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.188 de 20 de junio de 2014.
- Modificada por la Resolución 173 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.246 de 28 de enero de 2009, 'Por la cual se modifica la primera fecha de reporte establecida en la Tabla 2 del artículo 2o de la Resolución 4700 de 2008'

#### LOS MINISTROS DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 4o del Decreto 2699 de 2007, y

#### CONSIDERANDO:

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2699 de 2007, el cual en su artículo 1o 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,

### RESUELVEN:

**ARTÍCULO 1o. 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 2o. REPORTE DE INFORMACIÓN, ESTRUCTURA Y FECHA.** <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2463 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del reporte para la operación de la Cuenta de Alto Costo y con el fin de permitir la recopilación y consolidación de la información de Enfermedad Renal Crónica – ERC y sus precursoras Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, se establece el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, el cual debe reportarse por cada Entidad Promotora de Salud y Entidad Obligada a Compensar, mediante el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo, hasta el 30 de agosto de cada año, correspondiente a la medición realizada entre el 1o de julio del año anterior y 30 de junio del año del reporte.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2463 de 2014, 'por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.188 de 20 de junio de 2014.
- Tabla 2 modificada por el artículo 1 de la Resolución 173 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.246 de 28 de enero de 2009, en el sentido de fijar una nueva fecha de reporte para el primer envío de información.

#### Legislación Anterior

##### **Texto original de la Resolución 4700 de 2008, con la modificación introducida por la Resolución 173 de 2009:**

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> .

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**

<Tabla modificada por el artículo 1 de la Resolución 173 de 2009.

Consultar Tabla 2, directamente el artículo 1 de la Resolución 173 de 2009>

### **Texto original de la Resolución 4700 de 2008:**

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> .

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> .



### **ARTÍCULO 3o. RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

<Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2463 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a más tardar veinte (20) días calendario antes de la fecha de reporte establecida en el artículo 2o de la presente resolución, deberán suministrar la información necesaria para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar, cumplan con las obligaciones previstas en la presente resolución.

### **Notas de Vigencia**

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2463 de 2014, 'por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.188 de 20 de junio de 2014.

### **Legislación Anterior**

### Texto original de la Resolución 4700 de 2008:

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>

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\_CODEPS\_COSTOS.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 2o de la presente resolución, y CODEPS al código de la EPS o EOC en 6 caracteres.



**ARTÍCULO 4o. 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 5o. 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 9o 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 6o. 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 7o. 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.**

<Anexos Técnicos 1, 2 y 3 sustituidos por el ANEXO TÉCNICO incluido en la Resolución 2463 de 2014, según lo dispuesto el artículo 3. El nuevo texto es el siguiente:> Información a reportar a la Cuenta de Alto Costo por cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y por cada Entidad Obligada a Compensar – EOC para la operación del mecanismo de distribución de recursos de la Cuenta de Alto Costo – Enfermedad Renal Crónica y enfermedades precursoras, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus–(Resoluciones 3413 y 4917 de 2009).

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

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

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

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

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

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

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

No	Nombre del campo	Tipo	Longitud Máxima	Valores permitidos
----	------------------	------	-----------------	--------------------

### IDENTIFICACIÓN GENERAL DE EPS Y DEL USUARIO REPORTADO

1	Primer nombre del usuario	A	20	Escriba el primer nombre del usuario.
2	Segundo nombre del usuario	A	30	Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríballo separado por un espacio. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE="Ningún Otro Nombre Escrito").
3	Primer apellido del usuario	A	20	Escriba el primer apellido del usuario.
4	Segundo apellido del usuario	A	30	Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NOAP", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP="Ningún Otro Apellido")
5	Tipo de Identificación del usuario	A	2	RC=Registro Civil, TI=Tarjeta Identidad, CC=Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula Extranjería, PA=Pasaporte, MS=Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado), AS=Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado), CD=CarnetDiplomático
6	Número de Identificación del usuario	A	20	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación
7	Fecha de nacimiento	F	10	Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD.
8	Sexo	A	1	M= masculino, F= femenino
9	Régimen de afiliación AL SGSS	A	1	C=Régimen Contributivo, S=Régimen Subsidiado, P=Regímenes de excepción, E=Régimen especial N=No asegurado
10	Código de la EPS o de la entidad territorial	A	6	Cuando el usuario tenga EPS u otra EOC escriba el código de la empresa aseguradora que registra al usuario (EPS/EOC/EPSI/ESS/CCF/EAS). Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y municipio según DANE.
11	Código pertenencia étnica	N	1	registre el grupo étnico del usuario:1=Indígena, 2=ROM (gitano), 3=Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, 4=Palenquero de San Basilio, 5=Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente, 6=Ninguna de las anteriores

No	Nombre del campo	Tipo	Longitud Máxima	Valores permitidos
12	Grupo poblacional	N	2	1=Indigentes;2=Población infantil a cargo del ICBF;3=Madres comunitarias;4=Artistas, autores, compositores;5=Otro grupo poblacional;6=Recién nacidos;7=Discapacitados;8=Desmovilizados;9=Desplazados;10=Población ROM;11=Población raizal;12=Población en centros psiquiátricos;13=Migratorio;14=Población en centros carcelarios;15=Población rural no migratoria;16=Afrocolombiano;31=Adulto mayor;32=Cabeza de familia;33=Mujer embarazada;34=Mujer lactante;35=Trabajador urbano;36=Trabajador rural;37=Víctima de violencia armada;38=Jóvenes vulnerables rurales;39=Jóvenes vulnerables urbanos;50=Discapacitado - el sistema nervioso;51=Discapacitado - los ojos;52=Discapacitado - los oídos;53=Discapacitado - los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto);54=Discapacitado - la voz y el habla;55=Discapacitado - el sistema cardiorrespiratorio y las defensas;56=Discapacitado - la digestión, el metabolismo, las hormonas;57=Discapacitado - el sistema genital y reproductivo;58=Discapacitado - el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas;59=Discapacitado - la piel; 99=No definido
13	Municipio de residencia	A	5	Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.
14	Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores)	N	30	Registre el teléfono(s) fijos y móviles completos para contactar al paciente
15	Fecha de afiliación a la EPS que registra	F	10	Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.

### INFORMACIÓN GENERAL RELACIONADA CON LAS VARIABLES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES PRECURSORAS

16	Código de la IPS donde se hace seguimiento al usuario	A	12	Registre el código válido de habilitación según el estado clínico de seguimiento del usuario: *Para las personas en diálisis corresponde al código de la unidad renal. *Para las Personas con trasplante funcional o las Personas con terapia no dialítica de ERC 5 corresponde al código de habilitación del nefrólogo o IPS de seguimiento. *Para las personas hipertensas y diabéticas sin enfermedad renal Crónica o con estadios clínicos de ERC de 1 a 4, corresponde al código de habilitación de la IPS que hace el seguimiento integral del usuario.
17	Fecha de ingreso al programa de nefroprotección dentro de la EPS que reporta	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
18	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA (CIE-10 con códigos entre I10-I159)	N	1	Registre 1= Sí 2=No
19	Fecha de diagnóstico de la Hipertensión Arterial	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica

No	Nombre del campo	Tipo	Longitud Máxima	Valores permitidos
19.1	Costo HTA durante el período de reporte.	N	9	Registre exclusivamente el costo de la HTA, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la HTA. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.
20	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus-DM (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O24-O249; P702)	N	1	Registre 1= Sí 2=No

21	Fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
21.1	Costo DM durante el período de reporte.	N	9	Registre exclusivamente el costo de la DM, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la DM. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.
22	Etiología de la ERC	N	2	1= HTA o DM 2= Autoinmune 3= Nefropatía Obstructiva. 4= Enfermedad Poliquística 5= otras 98= Si no tiene ERC
23	Peso (kg)	D	5	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica
24	Talla (cm)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica
25	Tensión arterial sistólica (mm de Hg)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base
26	Tensión arterial diastólica (mm de Hg)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base
27	Creatinina en sangre (mg/dl)	D	5	Registre el valor de la última Creatinina tomada; 98= No aplica, usuario con ERC 5 ya no miden Creatinina; 99=No existen datos en la historia clínica
27.1	Fecha de última Creatinina	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
28	Hemoglobina Glicosilada	D	5	Valor de la última Hemoglobina Glicosilada; 98= No Aplica, usuario no tiene diabetes; 99=No existen datos en la historia clínica
28.1	Fecha de última Hemoglobina Glicosilada	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
29	Albuminuria (microalbuminuria)	D	5	Registre el valor de la última albuminuria tomada; 99=No existen datos en la historia clínica
29.1	Fecha de la última Albuminuria	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica
30	Creatinuria	D	5	Registre el valor de la última Creatinuria realizada; 98= No Aplica, usuario con ERC 5; 99=No existen datos en la historia clínica. Debe ser el resultado de la misma muestra donde se tomó albuminuria (microalbuminuria).
30.1	Fecha de la última Creatinuria	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica

No	Nombre del campo	Tipo	Longitud Máxima	Valores permitidos
31	Colesterol total	D	5	Registre el valor del último colesterol total tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
31.1	Fecha del último Colesterol total	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
32	HDL	D	5	Registre el valor del último HDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
32.1	Fecha de la último HDL	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
33	LDL	D	5	Registre el valor del último LDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
33.1	Fecha del último LDL	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica
34	PTH	D	5	Registre el valor de la última PTH tomada; 98= No aplica por estadio renal, 99=No existen datos en la historia clínica
34.1	Fecha de la última PTH	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
35	Tasa de filtración glomerular (TFG) según Cockcroft-Gault (KDQI) y Swartz (de 0 a 17 años) ACLARACIÓN: Sin enfermedad renal y con enfermedad renal estadios 1 y 2 la creatinina debe tener máximo un año de vigencia a la fecha de corte. Con enfermedad renal estadios 3, 4 o más se aceptan creatininas hasta de los últimos tres meses antes de la fecha de corte.	D	5	Registre: el valor calculado según fórmula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años) según ultima Creatinina válida; 988= No aplica, usuario tiene ERC estadio 5 y la Unidad Renal reporta que ya no le miden Creatinina; 999 = No hay reporte de Creatinina vigente.
36	El usuario recibe Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA)	N	2	Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No aplica; 99=Sin dato
37	El usuario recibe Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	N	2	Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No aplica; 99=Sin dato

## INFORMACIÓN RELACIONADA CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

38	El usuario tiene diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquier de sus estadios.	N	1	Registre: 0= No presenta Enfermedad Renal Crónica. 1= Sí presenta ERC; 2= Indeterminado entre estadios 1, 2 ó sin ERC; 3= el usuario no ha sido estudiada para ERC.
39	Estadio de ERC (Enfermedad Renal Crónica)	N	2	Registre: 1= Si el usuario tiene TFG igual o mayor a 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 2=Si el usuario tiene TFG entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 3= Si el usuario tiene TFG entre 30 y menor de 60 ml/min; 4= Si el usuario tiene TFG entre 15 y menor de 30 ml/min; 5 = Si el usuario tiene menos de 15 ml/min; 98= No aplica, no hay Enfermedad Renal Crónica; 99= Desconocido, Sin reporte de Creatinina vigente.

40	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 (Solo aplica si marcó la opción 5 de la pregunta anterior):	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
No	<b>Nombre del campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Longitud Máxima</b>	<b>Valores permitidos</b>
41	La persona se encuentra en un programa de atención de ERC (renoprotección, nefroprotección, protección renal, prediálisis)	N	2	1= Sí, 2= No, 98=No aplica, 99=Sin dato
42	TFG a la fecha, en que el usuario inició la primera terapia de reemplazo renal -TRR	N	2	Registre: el valor calculado según formula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años); 98= No aplica, usuario no tiene ERC estadio 5; 99= Sin dato, no se conoce porque el usuario tuvo su primera TRR en una EPS diferente a la que reporta
43	Modo de inicio de la Terapia de Reemplazo Renal (primera TRR)	N	2	Registre:1= Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica ingresando por URGENCIAS; 2=Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica de forma PROGRAMADA; 3=Si el usuario inició la TRR en otra EPS diferente a la que reporta por lo cual no se conoce el modo de inicio; 4= Si el usuario inició la primera TRR en otra TRR diferente a diálisis; 98= No aplica, el usuario a la fecha de corte no recibe ninguna de las terapias de reemplazo renal.
44	Fecha en que se inició la terapia de reemplazo renal que recibe el usuario en el momento de la fecha de corte. Si el Trasplante es la terapia reportada, esta fecha se refiere a la fecha de trasplante.	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
45	Fecha de ingreso a la unidad renal actual que le presta el servicio en el momento de la fecha de corte, en cualquier modalidad de terapia dialítica (Unidad Actual).	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
46	Hemodiálisis (HD)	N	2	Registre: 1= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de fístula al momento de la fecha de corte; 2= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de catéter al momento de la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de hemodiálisis en el momento de la fecha de corte.
47	Dosis de diálisis (Kt/V) single pool	D	5	Registre el resultado (valor) del promedio de las 3 últimas mediciones del trimestre de la dosis de diálisis expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). Registre 98= No aplica, cuando el usuario no está en Hemodiálisis.
48	Costo total de la hemodiálisis HD durante el período de reporte.	N	8	Registre exclusivamente el costo de la HD (lo que la EPS o EOC considere contenido en la HD), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de HD durante el período de reporte.
49	Diálisis peritoneal (DP)	N	2	Registre: 1= Si el usuario recibe diálisis peritoneal manual al momento de la fecha de corte.; 2= Si el usuario recibe diálisis peritoneal automatizada al momento de la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de diálisis peritoneal al momento de la fecha de corte.
50	Dosis de diálisis (Kt/V) dpd. KTV/dpd: de máximo cuatro meses de antigüedad contados a partir de la fecha de corte	D	5	Registre el resultado (valor) de la dosis de diálisis en las sesiones realizadas al paciente, de los últimos 4 meses , expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). 98=No aplica, usuario no está en Diálisis Peritoneal
No	<b>Nombre del campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Longitud Máxima</b>	<b>Valores permitidos</b>
51	Número de horas de diálisis	D	5	Registre el número de horas promedio de las sesiones de diálisis realizadas en los últimos 3 meses al paciente
52	Peritonitis	N	2	Número de episodios de Peritonitis infecciosa que sufrió el usuario en los últimos 12 meses a la fecha de reporte. 98= No Aplica, el usuario no ha estado en diálisis peritoneal en ningún momento en los últimos 12 meses.
53	Costo DP durante el período de reporte.	N	8	Registre exclusivamente el costo de la DP (lo que la EPS o EOC considere contenido en la DP), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de DP durante el período de reporte.
54	Vacuna Hepatitis B	N	2	Registre: 1= Tiene esquema completo, 2= Tiene esquema incompleto, 3=No tiene vacunación de hepatitis B, 99= Sin dato
55	Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis B, si el usuario la ha presentado.	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
56	Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis C, si el usuario la ha presentado.	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
57	Terapia no Dialítica para ERC estadio 5 (también llamada tratamiento médico de nefroprotección)	N	2	1= Si el usuario con ERC estadio 5 recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin diálisis y no han recibido trasplante en el momento de la fecha de corte. 2= el usuario con ERC estadio 5 no recibe esta alternativa terapéutica en el momento de la fecha de corte; 98= No aplica
58	Costo de la terapia ERC estadio 5 con tratamiento médico	N	8	Registre el costo de la terapia exclusivamente con tratamiento médico para ERC5 (lo que la EPS o EOC considere contenido en dicha terapia), excluyendo otros gastos en esta persona que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió dicha terapia durante el período de reporte.
59	Hemoglobina (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Las hemoglobinas deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis	D	5	Valor promedio de hemoglobinas del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (g/dl). Registre 98= No aplica
60	Albumina Sérica (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). La albúmina debe tener máximo tres meses de antigüedad a partir de la fecha de corte y su toma debió ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis.	D	5	Resultado (valor) del último examen de albúmina Sérica en (g/dl). Registre 98= No aplica
61	Fósforo (P) (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Los niveles séricos de fósforo deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis.	D	5	Valor promedio de mediciones de fósforo sérico del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (mg/dl) Registre 98= No aplica

No	Nombre del campo	Tipo	Longitud Máxima	Valores permitidos
62	Valoración Clínica inicial por nefrología a personas ERC5 en diálisis o tratamiento médico, en relación con la posibilidad de trasplante renal	N	2	Registre el concepto de la valoración clínica realizada por el nefrólogo: 1= No contraindicado, 2= Contraindicado, 97= No aplica porque es una persona que no está en estadio 5 o ya tiene trasplante funcional, 98= No aplica, no tiene enfermedad renal
62.1	¿Se reportó cáncer activo en los últimos 12 meses, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.2	¿Se reportó infección crónica o activa no tratada o no controlada hasta en los últimos tres meses antes de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.3	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente NO ha manifestado su deseo de trasplantarse?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.4	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente presenta esperanza de vida menor o igual a 6 meses?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.5	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente presenta potenciales limitaciones al autocuidado y adherencia al tratamiento postrasplante?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.6	¿Se reportó enfermedad cardiaca, cerebrovascular o vascular periférica, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.7	¿Se reportó infección por el VIH, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.8	¿Se reportó infección por el VHC, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62.9	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta enfermedad inmunológica activa los últimos tres meses antes de la fecha de corte?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

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

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

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

## Notas de Vigencia

- Anexos Técnicos 1, 2 y 3 sustituidos por el ANEXO TÉCNICO incluido en la Resolución 2463 de 2014, según lo dispuesto el artículo 3 de la Resolución 2463 de 2014, 'por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.188 de 20 de junio de 2014.

<El texto original de la Resolución 4700 de 2008, es el siguiente:

### 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 2o 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 Sistémica;
- ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo III;
- iii) Enfermedad Renal Crónica estadio 5iii.

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 variable <sup>4</sup> 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.

			<p>PA: Pasaporte.</p> <p>RC: Registro Civil.</p> <p>NU: Número Unico de Identificación Personal.</p> <p>MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).</p> <p>AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado).</p>
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 7o.
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}	<p>Género del paciente.</p> <p>F: si el paciente es de género femenino</p> <p>M: si es masculino.</p>
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}	<p>1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de HTA (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan).</p> <p>0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de HTA.</p>
16	Diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	<p>1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de DM (con algunos de los códigos CIE-10 que se anexan)</p> <p>0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de DM.</p>
17	Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Numérico (int), valores posibles {0,1}	<p>1: si el paciente tiene diagnóstico confirmado de ERC estadio 5.</p> <p>0: si el paciente no tiene diagnóstico confirmado de ERC estadio 5.</p>
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}	<p>1: si el paciente se encuentra en TRR.</p> <p>0: si el paciente no se encuentra en TRR.</p>
20	Fecha TRR	Fecha (string)	Fecha (mes y año) en la que el paciente inició la

		en el formato AAAA-MM	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	Númérico (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)	Númérico (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)	Númérico (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	Númérico (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	Númérico (string)	Código del municipio en 5 dígitos en donde está operando la IPS según la división político administrativa – DANE.
27	Dirección de la IPS	Númérico (double)	Dirección donde se localiza la IPS.
28	Teléfono de la IPS	Númérico (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 2o 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

## 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 2o 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 Sistémica;

ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo III;

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

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 variable y rango	Descripción
1	EPS	Alfanumérico (string)	Código de la empresa promotora de salud que reporta el paciente (EPS/EOC/ESS/CCF).
2	Régimen	Númérico (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 7o.
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 m <sup>2</sup> 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 m <sup>2</sup> 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 dentro del año (12 meses) inmediatamente 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	1: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal manual a la fecha de corte.

		{0,1,2}	<p>2: si el paciente se encuentra en terapia de diálisis peritoneal automatizada a la fecha de corte.</p> <p>0: si el paciente no se encuentra en terapia de diálisis peritoneal a la fecha de corte.</p>
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).
33	Terapia de la ERC estadio 5, con tratamiento médico	Numérico (int), valores posibles {0,1}	<p>1: si el paciente con ERC estadio 5 se encuentra solamente en tratamiento médico sin diálisis ni trasplante a la fecha de corte.</p> <p>0: si el paciente no se encuentra en esta terapia.</p>
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 política 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).
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 2o 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 2o 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 Sistémica;
- ii) Diabetes Mellitus Tipo I o Tipo III;
- iii) Enfermedad Renal Crónica en cualquiera de las fases de progresión de la enfermedad, e independientemente de si se encuentra o no en Terapia de Reemplazo Renal (TRR).

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**

<b>Campo</b>	<b>Variable</b>	<b>Tipo de variableiv y rango</b>	<b>Descripción</b>
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 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 7o.
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 m <sup>2</sup> 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).
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 m <sup>2</sup> 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 periodo 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.
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}	<p>Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos durante el período de reporte.</p> <p>0: si el paciente no tuvo ninguna novedad</p> <p>1: si el paciente falleció</p> <p>2: si el paciente ingresó en TRR</p> <p>3: si el paciente aumentó de estadio de la ERC5</p> <p>4: si el paciente disminuyó de estadio ERC5</p> <p>5: si el paciente salió de TRR y no ha fallecido pero sigue afiliado a la EPS o EOC que reporta el paciente</p> <p>6: si el paciente se trasladó a otra EPS o EOC</p> <p>7: si el paciente se afilió a la EPS durante el período de reporte</p> <p>8: si el paciente quedó sin afiliación (vinculados)</p>
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.

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 2o 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 En este grupo se considerarán pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, ya sea primaria o secundaria en adultos, definida esta según 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<sup>2</sup> de superficie corporal. TFG<15 mL/min/1.73m<sup>2</sup> 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<sup>2</sup> 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.

-----  
<Cuadros originales:

Los siguientes cuadros y/o tablas estaban incluidos en los textos originales de los respectivos artículos de esta norma y por su formato no pudieron ser incluidos dentro de la caja de Legislación Anterior:>

**ARTÍCULO 2. (...)**

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 (información correspondiente a un período de un año), sobre el conjunto completo de variables.	Anexo Técnico 3

(...)

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 1o de julio de 2009 al 30 de junio de 2010	30 de agosto de 2010
	Período comprendido entre el 1o de julio de 2010 al 30 de junio de 2011	30 de agosto de 2011
	Período comprendido entre el 1o 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. (...)**

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.

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.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.  
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA  
n.d.  
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

