**CIRCULAR EXTERNA NÚMERO DE 2021**

**PARA:** ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD, ENTIDADES PERTENECIENTES A LOS REGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES, DIRECCIONES DE SALUD DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES.

**DE:** SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

 **ASUNTO:** INSTRUCCIONES Y REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA CARACTERIZAR A LOS AFILIADOS CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y OTRAS CONDICIONES DE SALUD DE INTERÉS, SE MODIFICAN INSTRUCCIONES EN CUANTO AL REPORTE DE INFORMACIÓN ESTABLECIDA EN LAS CIRCULARES EXTERNAS 017 Y 018 DE 2020.

**FECHA:**

1. **FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

El artículo 39 de la Ley 1122 de 2007 señala que corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control y en desarrollo de sus objetivos*: “Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud”;* así como, *“Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud”.*

En virtud de los mandatos establecidos en la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, modificada por la Ley 1949 de 2019, el Decreto 780 de 2016 y modificatorios y las Resoluciones 1536 y 518 de 2015 y 3280 de 2018 y modificatorias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas complementarias, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, en adelante EAPB, entre otras obligaciones las siguientes:

1. Garantizar la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios en salud con las redes definidas para la población de su territorio, suscribiendo para tal efecto acuerdos con prestadores de servicios de salud.
2. Cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, para lo cual deben garantizar entre otros, la articulación de los servicios para el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador.

Que según lo establecido en el Parágrafo 3 del Artículo 1 del Decreto 709 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud, en adelante EPS, que se encuentren en medida administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, deberán remitir información de los pacientes de alto costo, gestantes, tutelas y los datos de contacto de sus afiliados, según los términos y condiciones que establezca la Superintendencia Nacional de Salud. Lo cual está en concordancia con lo señalado en el Decreto 1080 de 2021, que son funciones de la Dirección de Medidas Especiales para entidades promotoras de salud y entidades adaptadas: “diseñar y proponer al Superintendente Delegado las directrices para las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, sobre la producción de información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia” y “adelantar visitas, auditorías, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, para el cumplimiento de sus funciones, así como emitir los informes y comunicar los resultados a los sujetos vigilados”.

Por otra parte, la Superintendencia expidió la Circular 018 de 2020 con el fin de asegurar la prestación efectiva de los servicios de salud a la población en el territorio colombiano, de acuerdo con las competencias de los actores del Sistema y con fundamento en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS - y el Instituto Nacional de Salud - INS. En la actualidad, el desarrollo de plataformas tecnológicas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud permite el acceso a información objeto de solicitud en el marco de la Circular 0018 de 2020.

Es por lo anterior que esta Superintendencia realizó la revisión de la información solicitada a través de las Circulares Externas 017 y 018 de 2020, y se realizan precisiones al respecto, así como se imparten instrucciones adicionales.

1. **MODIFICACIONES**

**PRIMERA:** Elimínese las instrucciones novena y décima de la Circular Externa 017 de 2020 a partir de octubre de 2021. Por lo tanto, a partir de la misma fecha, se eliminan los archivos técnicos:

PT019 – Seguimiento prestaciones en salud a poblaciones de riesgo

PT020 – Cohorte de gestantes

PT021 – Cohorte de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

PT022 – Cohorte de Asma

PT023 – Cohorte de Insuficiencia Cardíaca

Las entidades deben realizar el último reporte en septiembre de 2021 con la información completa de agosto de 2021.

**SEGUNDA:** Modifíquese la instrucción quinta de la Circular Externa 018 de 2020, la cual quedará así:

***“QUINTA:*** *Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) deberán:*

1. *Garantizar la búsqueda activa de casos de COVID-19 y la realización de pruebas a los trabajadores de la salud, en cumplimiento a la normatividad vigente.*
2. *Verificar que los prestadores de servicios de salud y las instituciones de protección social a su cargo, realicen la identificación, registro y reporte de casos de personal de salud o personal de protección social que presente exposición a un caso confirmado de COVID-19.*
3. *Seguimiento y toma de muestras a los casos reportados de personal de salud o personal de protección social que presente exposición a un caso confirmado de COVID-19. “*

**TERCERA:** Elimínese el reporte de los siguientes anexos técnicos:

PT018 - Seguimiento a la detección de casos de COVID-19 en trabajadores de la salud por parte de la ARL.

PT024 - Seguimiento a la detección de casos de COVID-19 en las EAPB.

PT027 - Seguimiento a la detección de casos de COVID-19 en las Entidades Territoriales.

ST013 - Reporte de capacidades en vigilancia en salud pública para dar respuesta a agentes nuevos, incrementos inusitados de casos correspondientes a Eventos de Interés en Salud Publica o Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional - ESPII de la entidad territorial departamental y/o distrital

ST014 – Informe de capacidades en vigilancia en salud pública para dar respuesta a agentes nuevos, incrementos inusitados de casos correspondientes a Eventos de Interés en Salud Publica o Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional - ESPII de las empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB

1. **REPORTE DE LA INFORMACIÓN.**

Las EPS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción en **medida administrativa** deben reportar la información de los anexos técnicos establecidos en el apartado IV de la presente circular, los cuales deben estar firmados digitalmente por el representante legal de la entidad.

Si a la fecha de corte, la entidad no tiene casos a reportar, de igual manera debe cargar el archivo correspondiente con las indicaciones anteriormente mencionadas.

Para efectos de reportar la información señalada en la presente circular, las entidades deben cumplir con las siguientes especificaciones técnicas para el cargue y reporte de la información:

* 1. Nombre del archivo: NITDVPPANNOFFFFF.EXT, las sintaxis que componen el nombre del archivo deben estar unidas, sin caracteres de separación, y en el orden mencionado.

Donde:

NIT : Número de identificación tributaria de la entidad que reporta

DV : Dígito de verificación

PP : Periodo de corte de la información reportada

ANNO : Año de corte de la información reportada

FFFFF : Número de archivo

EXT : Extensión del archivo

* 1. Delimitado por Pipeline (|)
	2. Firmado digitalmente por Representante Legal
	3. La información debe remitirse de manera completa
	4. Los anexos técnicos descritos en la presente Circular Externa deberán ser reportados por las entidades vigiladas en formato txt.
1. **ANEXOS TÉCNICOS**

A continuación, se describen los anexos técnicos - Archivo Tipo - que deberán ser diligenciados al momento de efectuar el envío de la información, de acuerdo con la fecha de corte y fecha máxima del reporte**:**

1. **Archivo Tipo ST016 – Reporte general de gestantes**

**ARCHIVO TIPO ST016**

**Reporte general de gestantes**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Mensual.

**Fecha de corte:**Último día de cada mes (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de octubre de 2021).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST016** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Código Municipio Residencia de la gestante | Corresponde al Código del municipio del domicilio de la gestante, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico |
| 4 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | codigoIPS | Código de la IPS donde se hace el seguimiento  | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS responsable principal de la realización de los controles prenatales | 12 | Alfanumérico  |
| 7 | fecUltMest | Fecha de la última menstruación FUM | Registre la fecha de la última menstruación de la gestante.En caso que se desconozca la FUM de la usuaria, deberán diligenciar “18000101” en este campo. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 8 | fecControl | Fecha de ingreso al control prenatal | Registre la fecha de ingreso al control prenatal de la gestante. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 9 | edadGest | Edad gestacional al ingreso a control prenatal | Registre las semanas de gestación al momento de ingreso al control prenatal (sin decimales) | 2 | Numérico |
| 10 | fecUltCp | Fecha último control prenatal | Registre la fecha del último control prenatal de la gestante. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 11 | clasRiesgo | Clasificación del riesgo obstétrico | Registre la clasificación del riesgo obstétrico de la gestante, así:1:= Bajo2:= Alto | 1 | Numérico |
| 12 | sifGestConf | Sífilis gestacional confirmada | Registre si la gestante tiene diagnóstico de sífilis gestacional confirmado, así:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico |
| 13 | ttoSifilis | Tratamiento de sífilis | Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre:1:= Si la gestante inicio tratamiento para sífilis2:= Si la gestante no ha iniciado tratamiento para sífilis3:= Si la gestante terminó el tratamiento para sífilisSi la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, registre4:= No Aplica | 1 | Numérico |
| 14 | ttoSifilisPareja | Tratamiento de sífilis a la pareja | Si la gestante fue diagnosticada con sífilis, indique si a la pareja de la gestante recibió tratamiento para sífilis, así:1:= Sí2:= NoSi la gestante no presentó sífilis, en esta pregunta registre:3:= No Aplica | 1 | Numérico |
| 15 | vihConf | VIH materno confirmado | Registre si a la gestante se le conformo diagnóstico de VIH, así:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico |
| 16 | progVIH | Ingreso programa tratamiento por VIH materno | Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre si la gestante ingreso al programa de VIH, así:1:= Sí2:= NoDe lo contrario, registre:3:= No Aplica | 1 | Numérico |
| 17 | lactMaterna | Asesoría lactancia materna | Registre si la gestante recibió asesoría en lactancia materna, así:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico |
| 18 | micronut | Entrega de micronutrientes | Registre si a la gestante se le hizo entrega de micronutrientes, así:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico |
| 19 | numCpn | Número de controles prenatales | Registre el número de controles prenatales que ha recibido la gestante durante la gestación (acumulado) | 2 | Numérico |
| 20 | fecEObs | Fecha atención de evento obstétrico (Parto o Aborto) | Registe la fecha de atención del evento obstétrico entiéndase este como atención del parto o aborto.En caso de no haberse presentado alguno de los eventos obstétricos descritos, diligenciar " 18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 21 | metPF | Método Planificación Familiar Post Evento Obstétrico | Registre el método de planificación familiar elegido por la madre post evento obstétrico1:= Esterilización femenina2:= DIU3:= Método de amenorrea de la lactancia4:= Método con progestina sola5:= Otro6:= Ninguno | 1 | Numérico |
| 22 | vitMadre | Vitalidad de la madre al final del embarazo | Registre la vitalidad de la madre al final del embarazo así:1:= Viva2:= MuertaSi aún no ha llegado el momento del parto, registre:3:= No Aplica | 1 | Numérico |
| 23 | vitRN | Vitalidad del Recién Nacido  | Registre la vitalidad del recién nacido así:1:= Vivo2:= MuertoSi aún no ha llegado el momento del parto, registre:3:= No Aplica | 1 | Numérico |
| 24 | novedad | Novedad | Registre la novedad de la gestante respecto al reporte anterior:0:= No presenta ninguna novedad1:= Persona que falleció 2:= Ingreso a EPS en estado de gestación3:= Persona que se desafilió 4:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación 5:= Persona que abandona el programa y no es posible de ubicar6:= Evento obstétrico (parto o aborto) 7:= Sin dato o no aplica | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST017 – Detección Temprana cáncer de cuello uterino**

**ARCHIVO TIPO ST017**

**Detección Temprana cáncer de cuello uterino**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información del 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2021)

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

**Observación:** Se deben reportar todas las mujeres entre los 25 a 65 años y, además, aquellas menores de 25 años con factores de riesgo, a quienes se les realizó prueba de tamizaje para cáncer de cuello uterino en los últimos 3 años a la fecha de corte.

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST017** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Código Municipio Residencia del afiliado | Corresponde al Código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico |
| 4 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 5 | tamizajeCitologia | tamizaje con CCU | Registre el resultado de la última citología cervicouterina (CCU) en caso de haberse realizado como parte del tamizaje para cáncer de cuello uterino:0:= No se le realizo tamizaje con citología1:= No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna2:= ASC-US 3:= ASC-H4:= L-LIE (NIC I)5:= H-LIE (NIC II- NIC III)6:= Carcinoma de células escamosas7:= Células glandulares atípicas (AGC)8:= Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas9:= Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)10:= Adenocarcinoma | 2 | Numérico |
| 6 | fechaTamCitologia | Fecha tamizaje con Citología | Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje con citología, en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino con CCU, diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 7 | tamizajeAdnVph | Tamizaje con prueba de ADN VPH | Registre el resultado de la última prueba de ADN VPH en caso de haberse realizado como parte del tamizaje para cáncer de cuello uterino:0:=No se realizó tamizaje con prueba de ADN VPH1:=Negativo o normal2:= Positivo o anormal3:= Incierto o indeterminado | 1 | Numérico |
| 8 | fechaTamAdnVph | Fecha tamizaje con prueba ADN VPH | Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje con ADN VPH, en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino con ADN VPH, diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 9 | tamizajeTIV | Tamizaje con Técnicas de Inspección Visual positiva -VIA-VILI | Registre el resultado del tamizaje para cáncer de uterino por técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI):0:= No se realizó tamizaje con técnica de inspección visual 1:= IVSL negativa2:= IVSL positiva3:= IVSL sospechosa4:= IVAA negativa5:= IVAA positiva6:= IVAA sospechosa | 1 | Numérico |
| 10 | fechaTamTIV | Fecha tamizaje con Técnicas de Inspección Visual positiva -VIA-VILI | Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI), en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado el tamizaje con técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI), diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 11 | tamizajeOtras | Tamizaje con otras pruebas | En caso de haber realizado el tamizaje para cáncer de cuello uterino con pruebas mARN o rápidas de VPH, diligencie el resultado de acuerdo a las siguientes opciones:0:=No se realizó tamizaje con prueba mARN o rápidas de VPH1:=Negativo o normal2:= Positivo o anormal3:= Incierto o indeterminado | 1 | Numérico |
| 12 | fechaTamOtras | Fecha tamizaje con otras pruebas | Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje con pruebas mARN o rápidas de VPH, en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino con pruebas mARN o rápidas de VPH, diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 13 | colposcopia | Realización de colposcopia cervicouterina y/o biopsia | Registré sí se realizó colposcopia cervicouterina y/o biopsia posterior a prueba de tamizaje anormal para cáncer de cuello uterino: 0:= No, se realizó colposcopía y biopsia1:=Sí, se realizó colposcopía y biopsia2:=Si, se realizó colposcopia | 1 | Numérico |
| 14 | fechaColposcopia | Fecha de realización de colposcopia cervicouterina | Registre la fecha en la cual se realizó la colposcopia cervicouterina y/o biopsia, en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado colposcopia, diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 15 | resultadoColposcopia | Resultado de la colposcopia | Registre el resultado de la colposcopia cervicouterina según corresponda:1:= Colposcopia negativa2:= Colposcopia insatisfactoria3:= Colposcopia positiva4:= Sin información5:= No aplica, no se realizó colposcopia | 1 | Numérico |
| 16 | fechaBiopsia | Fecha de realización de colposcopia cervicouterina y/o biopsia | Registre la fecha en la cual se realizó la biopsia cervical, en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no haberse realizado colposcopia, diligencie 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 17 | resultadoBiopsia | Resultado de la biopsia cervicouterina | Registre el resultado de la biopsia cervical según corresponda:1:= Negativo para Neoplasia2:= Infección por VPH3:= NIC de Bajo Grado - NIC I4:= NIC de Alto Grado: NIC II - NIC III5:= Neoplasia Micro infiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma6:= Neoplasia Infiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma.7:= Sin información8:= No aplica, no se realizó biopsia. | 1 | Numérico |
| 18 | novedad | Novedad | Registre la novedad del paciente respecto al reporte anterior:0:= No presenta ninguna novedad1:= Persona que falleció 2:= Persona que se desafilió 3:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST018 – Detección Temprana cáncer de mama**

**ARCHIVO TIPO ST018**

**Detección Temprana cáncer de mama**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información del 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

**Observación:** Se deben reportar todas las mujeres entre los 40 a 69 años a quienes se les realizó prueba de tamizaje para cáncer de mama (valoración clínica de mama o mamografía) en los últimos 2 años a la fecha de corte.

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST018** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Código Municipio Residencia del afiliado | Corresponde al Código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político-Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico |
| 4 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 5 | fechaExamClin | Fecha de la realización examen clínico de la mama | Registre la fecha en la cual se realizó el último examen clínico de la mama (valoración clínica) por profesional de medicina o enfermería entrenado.En caso de no haberse realizado mamografía, diligenciar 18000101. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 6 | resExamClin | Resultado examen clínico de la mama | Durante la realización del examen clínico de mama (valoración clínica), se realizó la detección de lesiones sospechosas:1:= Si2:=No3:= No aplica, no se realizó examen clínico de mama | 1 | Numérico |
| 7 | fechaTomaMamo | Fecha toma de la última mamografía | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD en la cual se realizó la toma de la última mamografía.En caso de no haberse realizado mamografía, diligenciar 18000101. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 8 | fechaResMamo | Fecha la emisión del resultado de la última mamografía | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD en la cual se realizó la emisión del resultado de la última mamografía.En caso de no haberse realizado mamografía, diligenciar 18000101. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 9 | resMamografia | Resultado de la última mamografía | Registre el resultado de la última mamografía según la clasificación BIRADS:0: Necesidad de Nuevo Estudio, Imagenológico o Mamograma previo para evaluación1:= Negativo2:= Hallazgos Benignos3:= Probablemente Benigno4:= Anormalidad Sospechosa5:= Altamente Sospechoso deMalignidad6:= Malignidad por Biopsia conocida7:= Sin dato | 1 | Numérico |
| 10 | fechaTomaBio | Fecha toma de biopsia de seno | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD en la cual se realizó la toma de la biopsiaEn caso de no haberse realizado biopsia, diligenciar 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 11 | fechaResBio | Fecha de la emisión del resultado de la biopsia (estudio histopatológico) | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD en la cual se realizó la emisión del resultado de la biopsia (estudio histopatológico).En caso de no haberse realizado biopsia, diligenciar 18000101.Si se realizó la toma de biopsia, pero aún no cuenta con el resultado, diligenciar 18000102 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 12 | resBiopsia | Resultado de la biopsia (estudio histopatológico) | Registre el resultado del estudio histopatológico:0:= Benigna1:= Atípica (Indeterminada)2:= Malignidad Sospechosa/Probable3:= Maligna4:= No Satisfactoria5:= No aplica, no se realizó biopsia6:= Sin dato  | 1 | Numérico |
| 13 | novedad | Novedad | Registre la novedad del paciente respecto al reporte anterior:0:= No presenta ninguna novedad1:= Persona que falleció 2:= Persona que se desafilió 3:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST019 – Reporte general afiliados con Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus.**

**ARCHIVO TIPO ST019**

**Reporte general afiliados con Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST019** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Código Municipio Residencia del afiliado | Corresponde al Código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico |
| 4 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | codigoIPS | Código de la IPS donde se hace el seguimiento  | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento o se le hace seguimiento al tratamiento médico que está reportando. | 12 | Alfanumérico  |
| 7 | diagHtaDm | El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA y/o Diabetes Mellitus- DM | Registre si el usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA (incluye los códigos CIE10 I10- I159, I674, O10, O100-O109, P292) y/o Diabetes Mellitus- DM (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O240-O243; P702):1:= Hipertensión Arterial2:= Diabetes Mellitus3:= Ambas4:= Ninguna | 1 | Numérico |
| 8 | diagERC | El usuario tiene diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquiera de sus estadios | Registre si el usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios: 1:= No presenta ERC 2:= Si presenta ERC 3:= Indeterminado 4:= Paciente no estudiado para ERC en el periodo de reporte | 1 | Numérico |
| 9 | etiología | Etiología de la ERC | Registre la etiología de la ERC1:= HTA y/o DM 2:= Autoinmune 3:= Nefropatía Obstructiva 4:= Enfermedad poliquística5:= Otras 6:= Desconocida o paciente en abandono (solo aplica para pacientes con ERC confirmada) 7:= No aplica, no tiene ERC (aplica para pacientes sin ERC, indeterminados y no estudiados para ERC)  | 1 | Numérico |
| 10 | estadio | Estadio de ERC | Registre el estadio de la ERC:1:= Paciente con TFGe igual o mayor a 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal2:= Paciente con TFGe entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal3:= Paciente con TFGE entre 30 y menor de 60 ml/min4:= Paciente con TFG entre 15 y menor de 30 ml/min5:= Paciente con TFG menor de 15 ml/min o paciente en diálisis8:= No aplica, no hay enfermedad renal crónica (Debe tener 0 en el campo 8)9:= Desconocido (paciente indeterminado o no estudiado para ERC en el periodo de reporte, opciones 2 o 3 en el campo 8). | 1 | Numérico |
| 11 | programaAR | La persona se encuentra en un programa de atención renal  | Registre si la persona se encuentra en un programa de atención de renal (renoprotección, nefroprotección, protección renal, prediálisis) a la fecha de corte:1:= Sí, se encuentra en un programa de atención renal.2:= No se encuentra en un programa de atención renal o paciente en abandono 3:= No aplica, paciente en Terapia de Reemplazo Renal (TRR) 4:= Sin dato en la historia clínica | 1 | Numérico |
| 12 | fechaUltcontrol | Fecha de último control por la patología | Registre la fecha de último control en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.  | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 13 | peso | Peso (Kg) registrado en el último control | Registre el valor en kilogramos obtenido en el último control, con 1 decimal.En los pacientes en diálisis se debe registrar el último “peso seco” obtenido dentro del periodo de reporte. En los pacientes en abandono, se debe reportar el peso tomado en el último mes de seguimiento | 4 | Numérico  |
| 14 | talla | Talla (cm) registrada en el último control | Registre el último valor absoluto obtenido dentro del periodo de reporte (sin decimales) en centímetros. En los pacientes en abandono se debe reportar la talla tomada en el último mes de seguimiento. | 3 | Numérico  |
| 15 | tas | Tensión arterial sistólica (TAS)registrada en el último control | Registre el último valor reportado en la historia clínica (último control). En caso de no contar con valor de TAS, registre 999 En los pacientes en diálisis se debe registrar el valor de TAS pre diálisis. | 3 | Numérico  |
| 16 | tad | Tensión arterial diastólica (TAD) registrada en el último control | Registre el último valor reportado en la historia clínica (último control). En caso de no contar con valor de TAD, registre 999 En los pacientes en diálisis se debe registrar el valor de TAD pre diálisis | 3 | Numérico  |
| 17 | creatinina | Creatinina en sangre | Registre el valor de la última creatinina en sangre tomada con un solo decimal separado por coma. En caso de tratarse de un usuario en diálisis, registre 998,0 (No aplica, paciente en diálisis). Si no se realizó este laboratorio, registre 999,0. | 4 | Numérico  |
| 18 | fechaCrea | Fecha de la última creatinina | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. En caso de no haberse realizado el laboratorio, diligenciar 18000101.  | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 19 | hemoglobina | Hemoglobina glicosilada | En personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus registre el valor de la última Hemoglobina Glicosilada con un solo decimal separado por coma. En caso de tratarse de un usuario sin diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), registre 998,0 (No aplica, paciente en diálisis). Si no se realizó este laboratorio, registre 999,0. | 5 | Numérico  |
| 20 | fechaHemo | Fecha de la última hemoglobina glicosilada | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. En caso de no haberse realizado el laboratorio, diligenciar 18000101  | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 21 | tasaFiltracion  | Tasa de filtración glomerular estimada (TFGE) según Cockcroft-Gault o Swhartz | Registre la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) según Cockcroft-Gault (en adultos) o Swhartz (en menores de 18 años) o FRR estimada mediante el cálculo del KrU, dentro del periodo de reporte, con un solo decimal separado por coma. Se debe reportar la TFG registrada en la historia clínica por el médico tratante. Si no está registrada o la registrada fue calculada por una formula diferente a Cockcroft-Gault, debe calcularla y reportar el valor obtenido por Cockcroft-Gault o Swhartz únicamente; debe tener en cuenta que si se trata de un usuario con ERC estadio mayor o igual a 3, el valor de la creatinina en suero para el cálculo de la TFG debe ser del último trimestre. 999,0:= Paciente sin creatinina vigente para el cálculo de la TFG o paciente en abandono.988,0:= Paciente en diálisis a quien no se le puede medir la FRR por diuresis < 100 ml/min (anuria)777,0:= Paciente en diálisis con diuresis mayor o igual a 100 ml/min, con datos incompletos para el cálculo de la FRR y pacientes en diálisis con imposibilidad para la medición de la diuresis, evidenciada en historia clínicadeben reportar esta opción de respuesta | 5 | Numérico  |
| 22 | trr | La persona se encuentra en Terapia de Reemplazo Renal  | Registre si actualmente la persona se encuentra en Terapia de Reemplazo Renal 1:= Sí, hemodiálisis2:=Si, diálisis peritoneal3:= No, paciente en abandono4:= No, paciente con diagnóstico ERC estadio 5 que recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin dialítico5:= No aplica | 1 | Numérico |
| 23 | novedad | Novedades con respecto al reporte anterior | Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 0:= No hay novedad respecto al reporte anterior1:= Persona que falleció 2:= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de ERC o HTA o DM 3:= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de ERC o HTA o DM 4:= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito 5:= Persona que se desafilió 6:= Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar7:= Persona que regresa a terapia 8:= El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior 9:= Usuario antiguo en EPS y antiguo diagnóstico de ERC o HTA o DM que no había sido incluido en reporte | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST020 – Reporte general afiliados con artritis reumatoide**

**ARCHIVO TIPO ST020**

**Reporte general afiliados con Artritis Reumatoide**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST020** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Código Municipio Residencia del afiliado | Corresponde al Código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico |
| 4 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | fechadx | Fecha de diagnóstico de AR | Registre la fecha en la cual se le diagnóstico al paciente AR, en el formato AAAAMMDD. La fecha debe ser inferior a la fecha de reporte.Si conoce solo el año registre el mes de nacimiento y el día 01. Si conoce el año y el mes, registre el día 01.En caso de no conocer la fecha, diligenciar 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 7 | comorbilidades | Presenta Comorbilidades al diagnóstico  | Registre si el paciente tenía alguna de las siguientes comorbilidades al momento del diagnóstico:1:= Hipertensión Arterial (HTA)2:= Diabetes Mellitus (DM)3:= Enfermedad Cardiovascular (EVC)4:= Enfermedad Renal Crónica (ERC)5:= Osteoporosis6:= Síndrome de Sjögren7:= Sin dato o no aplicaEn caso de presentar varias comorbilidades se deberán diligenciar todas las opciones sin separación. Ejemplo: Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM): "12" | 6 | Numérico |
| 8 | fechaDAS28 | Fecha del último DAS28 realizado | Registre la fecha del último DAS28 (Disease Activity Score 28), en el formato AAAAMMDD.Si conoce el año y el mes, registre el día 01.En caso de no conocer la fecha, diligenciar 18000101. Si no se ha realizado la aplicación del DAS28, diligenciar 18000102 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 9 | resultadoDAS28 | Resultado del último DAS 28 | Reporte el resultado del último DAS 28. El valor debe estar entre 0 y 10 (Reporte el dato con una cifra decimal separado por coma, aproxime según corresponda).En caso de no contar con el resultado o no haberse realizado, diligenciar 99 | 3 | Numérico |
| 10 | fechaHAQ | Fecha del último HAQ realizado | Registre la fecha del último HAQ (Health Assesment Questionnaire), en el formato AAAAMMDD.Si conoce el año y el mes, registre el día 01.En caso de no conocer la fecha, diligenciar 18000101. Si no se ha realizado la aplicación del HAQ, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 11 | resultadoHAQ | Resultado del último HAQ realizado | Reporte el resultado del HAQ inicial que puede ser un valor entre 0 y 3. Reporte el dato con una cifra decimal separado por coma (aproxime según corresponda).En caso de no contar con el resultado o no haberse realizado, diligenciar 99 | 3 | Numérico |
| 12 | fechaDMARDinico | Fecha inicio tratamiento actual con DMARD (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad sintéticos y biológicos) | Registre la fecha de inicio del tratamiento con DMARD, en el formato AAAAMMDD.Si conoce el año y el mes, registre el día 01.En caso de no conocer la fecha, diligenciar 18000101. Si no se encuentra en tratamiento con DMARD actualmente, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 13 | ttoDMARD | Tratamiento actual con DMARD | Registre el tratamiento actual con DMARD:1:= Azatioprina2:= Ciclosporina3:= Ciclofosfamida4:= Cloroquina5:= D-penicilamina6:= Etanercept7:= Leflunomida8:= Metotrexato9:= Rituximab10:= Sulfasalazina11:= Abatacept12:= Adalimumab13:= Certolizumab14:= Golimumab15:= Hidroxicloroquina16:= Infliximab17:= Sales de oro18:= Tocilizumab19:= Tofacitinib20:= Anakinra21:= Otros medicamentos22:= Sin dato o no aplica | 2 | Numérico |
| 14 | compAR | Complicaciones | Registre sí el afiliado ha requerido o requiere reemplazo articular por AR:0:= No requiere ni ha requerido reemplazo articular1:= Ha requerido reemplazo de Cadera 2:= Ha requerido reemplazo de Rodilla 3:= Ha requerido reemplazo de Tobillo 4:= Ha requerido reemplazo de Hombro 5:= Ha requerido reemplazo de Codo6:= Ha requerido un segundo reemplazo articular7:= Ha requerido un tercer reemplazo articular8:= Está en espera de reemplazo articular9:= Sin dato | 1 | Numérico |
| 15 | codigoIPS | Código de la IPS donde se hace el seguimiento  | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento o se le hace seguimiento a su tratamiento médico que está reportando. | 12 | Alfanumérico  |
| 16 | novedad | Novedad | Registre la novedad del paciente respecto al reporte anterior:0:= No presenta ninguna novedad1 := Persona que falleció 2:= Ingreso a EPS con diagnóstico de AR3:= Usuario antiguo en EPS a quien se le realizó nuevo diagnóstico de AR4:= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento5 := Persona que se desafilió 6:= Usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar7 := Persona que regresa a terapia 8:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación9:= Usuario antiguo en EPS y antiguo diagnóstico de AR que no había sido incluido en reporte10:= Suspensión del tratamiento por orden médica | 2 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST021 – Reporte general afiliados con hemofilia u otras coagulopatías**

**ARCHIVO TIPO ST021**

**Reporte general afiliados con Hemofilia u otras Coagulopatías**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

**Observación:** Se deben reportar a las personas con diagnóstico clínico de hemofilia u otras coagulopatías, que se encontraban afiliadas a la entidad en el periodo a reportar. **En caso de que una persona a reportar tenga diagnóstico de más de una coagulopatía, se deberá realizar un registro por cada uno de los diagnósticos.**

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST021** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= ROM/ gitanos5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 4 | codigoMunicipio | Municipio de Residencia del afiliado | Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | fechaDiag | Fecha en la cual se realizó el diagnóstico | Registre la fecha en la cual se realizó el diagnóstico de la coagulopatía reportada, en el formato AAAAMMDD.Si conoce solo el año registre el mes de nacimiento y el día 01.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.En caso de no conocer la fecha porque el diagnostico se realizó en otra entidad, diligenciar 18000101.  | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 7 | tipoDeficiencia | Tipo de deficiencia diagnosticada | Registre la deficiencia diagnosticada:0:= Factor VIII (Hemofilia A, factor ocho)1:= Factor IX (Hemofilia B, factor nueve)2:= Portadora3:= Von Willebrand4:= Fibrinógeno (factor uno)5:= Protrombina (factor dos)6:=FV (factor cinco)7:=FV y FVIII ((factor cinco y ocho)8:=FVII (factor siete)9:=FX (factor diez)10:=FXI (factor once)11:=FXIII (factor trece) | 2 | Numérico |
| 8 | clasSeveridad | Clasificación de severidad según nivel de factor |  Registre la clasificación actual de la severidad según nivel de factor0:= Hemofilia leve1:= Hemofilia moderado2:= Hemofilia severo3:= Desconocido 4:= EvW tipo I 5:= EvW tipo II 6:= EvW tipo III7:= portadora sin déficit (>40% actividad coagulante de factor)8:= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia, EvW o portadora | 1 | Numérico |
| 9 | actCoagulante | Actividad coagulante del factor | Registre la Actividad coagulante del factor:0:= <1% (menos del 1%)1:= >:=1% y <5% (entre el 1% y menos del 5%)2:= >:=5% y <:=40% (entre el 5% y el 40%) 3:= Portadora sin déficit (>40%)4:= No aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia, o portadora sin medición de actividad de factor coagulanteNota aclaratoria: Cuando la portadora tenga déficit del factor (<40%) se debe ubicar en el nivel que corresponda (opciones 0, 1 o 2). | 1 | Numérico |
| 10 | factorActual | Factor recibido (tratamiento actual) | Registre el factor actual recibido para hemofílicos0:= Concentrado de factor VIII (ocho)1:= Concentrado de factor IX (nueve)2:= rFVIIa (factor siete recombinante activado)3:= CCPa (concentrado de complejo de protrombina activado) 4:= Plasma fresco congelado5:= Crioprecipitado6:= Desmopresina/Acido tranexámico7:= Paciente con hemofilia o EvW que no recibió tratamiento durante el período, o paciente que abandonó tratamiento.8:= Factor VIII + rFVIIa 9:= Factor VIII + CCPa 10:= Factor IX+ rFVIIa 11:= Factor IX + CCPa12:= Factor de Von Willebrand 13:= Otro Factor14:= No aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia o EvW | 2 | Numérico |
| 11 | esquemaActual | Esquema (tratamiento actual) | Registre el esquema actual de tratamiento recibido para hemofílicos:0:= A demanda1:= Profilaxis primaria2:= Profilaxis secundaria o terciaria3:= Sólo inmunotolerancia (ITI)4:= ITI + Profilaxis 5:= ITI + Demanda6:= A demanda, pero no requirió tratamiento durante el periodo.7:= No aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia, EvW o paciente que abandonó el tratamiento. | 1 | Numérico |
| 12 | codigoIPS | Código de la IPS donde se hace el seguimiento  | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento o se le hace seguimiento a su tratamiento médico que está reportando. | 12 | Alfanumérico  |
| 13 | hemorragias | Hemorragias en el corte | Registre cuales hemorragias presento durante el corte0:= No presentó ninguna hemorragia en el periodo 1:= Hemartrosis2:= Hemorragia del ilio-psoas 3:= Hemorragia de otros músculos/tejidos blandos 4:= Hemorragia intracraneal 5:= Hemorragia oral o en cuello o garganta6:= Hemorragias espontaneas en otras localizaciones 7:= Hemorragias traumáticas en otras localizaciones 8:= otras hemorragias asociadas a procedimientos 9:= No aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia o portadora.En caso de presentar varias hemorragias durante el corte se deberán diligenciar todas las opciones sin separación. Ejemplo: Hemartrosis y Hemorragia intracraneal: "14" | 8 | Numérico |
| 14 | complicaciones | Presencia de complicaciones como artropatía, infecciones por VHC,VHB,ViH, pseudutumores, fracturas, anafilaxis, reemplazo articular | Registre cuales complicaciones presentó el usuario durante el periodo de reporte:1:= Artropatía hemofílica crónica2:= Infección por VHC –Virus Hepatitis C 3:= Infección por VHB –Virus Hepatitis B 4:= Infección por VIH –Virus de Inmunodeficiencia Humana 5:= Pseudotumores6:= Fracturas (osteopenia/ osteoporosis)7:= Anafilaxis8:= Reemplazos articulares 9:= Ninguna de las anterioresEn caso de presentar varias hemorragias durante el corte se deberán diligenciar todas las opciones sin separación. Ejemplo: Artropatía hemofílica crónica y Infección por VIH –Virus de Inmunodeficiencia Humana : "14" | 8 | Numérico |
| 15 | novedad | Novedades con respecto al reporte anterior | Registre las novedades respecto al periodo anterior0:= No presenta novedad (vivo y afiliado a la entidad).1:= Usuario que falleció2:= Usuario que ingresó a la EPS con diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías 3:= Usuario a quien se le realizó nuevo diagnóstico de hemofilia u otras coagulopatías4:= Usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento5 := Persona que se desafilió 6:= Usuario que abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar7 := Persona que regresa a terapia 8:= El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior 9:= Usuario con diagnóstico antiguo de hemofilia u otras coagulopatías que no había sido incluido en reporte anterior | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST022 – Reporte general afiliados con cáncer**

**ARCHIVO TIPO ST022**

**Reporte general afiliados con Cáncer**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

**Observación:** Se deben reportar las personas con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o invasor y aquellas con diagnóstico clínico y manejo para cáncer, que se encontraban afiliadas a la entidad en el periodo a reporte. **En caso de que una persona a reportar tenga diagnóstico de más de una neoplasia maligna primaria, se deberá realizar un registro por cada uno de los diagnósticos.**

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST022** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligeniciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom/ gitanos5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 4 | codigoMunicipio | Municipio de Residencia del Afiliado | Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | neoplasia | Nombre de la neoplasia (cáncer o tumor) maligna reportada | Registre el código de la enfermedad maligna diagnosticada al afiliado de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) | 4 | Alfanumérico |
| 7 | fechaDiag | Fecha en la cual se realizó el diagnóstico | Registre la fecha en la cual se realizó el diagnóstico de la neoplasia maligna reportada en el formato AAAAMMDD.Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.Registre 18000101 sí desconoce la fecha de diagnóstico (opción válida solo en caso de diagnóstico antes del 1 de enero de 2015, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar) | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 8 | fechaInicioTto | Fecha de inicio del primer tratamiento | Registre la fecha en la cual se inició el tratamiento (primer tratamiento) de la neoplasia maligna reportada en el formato AAAAMMDD.Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.Registre 18000101 sí desconoce la fecha de inicio el tratamiento de la neoplasia maligna reportada. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 9 | patología | Realización de estudio histopatológico a partir del cual se establece diagnóstico | Registre si el diagnóstico de cáncer se realizó a partir de estudio histopatológico:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico |
| 10 | caMamaEstadioDx | Estadio de Cáncer de Mama al momento del diagnóstico | Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de mama, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ)1:= ec IA o 1A2:= ec IB o 1b3:= ec IIA o 2a4:= ec IIB5:= ec IIIA o 3a6:= ec IIIB o 3b7:= ec IIIC o 3c8:= ec IV o 49:= No tiene diagnóstico de cáncer de mama | 1 | Numérico |
| 11 | caProstataEstadioDx | Estadio Cáncer de Próstata al momento del diagnóstico | Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de próstata, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ) - 7a Edición TNM1:= ec I o 1 - 7a Edición TNM2:= ec IIA o 2a - 7a Edición TNM3:= ecIIB - 7a Edición TNM4:= ec III o 3 - 7a Edición TNM5:= ec IV o 4 - 7a Edición TNM6:= ec IIC o 2c - 8a Edición TNM7:= ec IIIA o 3a - 8a Edición TNM8:= ec IIIB o 3b - 8a Edición TNM9:= ec IIIC o 3c - 8a Edición TNM10:= ec IVA o 4a - 8a Edición TNM11:= ec IVB o 4b - 8a Edición TNM12:= No tiene diagnóstico de cáncer de próstata | 2 | Numérico |
| 12 | caColonRectoEstadioDx | Estadio del Cáncer de Colon y Recto al momento del diagnóstico | Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de colon y recto, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ)1:= ec I o 12:= ec IIA o 2a3:= ec IIB4:= ec IIC o 2c5:= ecIIIA o 3a6:= ec IIIB o 3b7:= ec IIIC o 3c8:= ec IVA o 4a9:= ec IVB o 4b10:= No tiene diagnóstico de cáncer de colon y recto | 2 | Numérico |
| 13 | caCervixEstadioDx | Estadio del Cáncer de Cérvix al momento del diagnóstico | Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de cuello uterino o cérvix (sistema de estadificación FIGO), registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ)1:= ec I o 12:= ec IA o 1A 3:= ec IA1 4:= ec IA25:= ec IB o 1b6:= ec IB17:= ec IB28:= ec II o 29:= ec IIA o 2a10:= ec IIA111:= ec IIA212:= ec IIB13:= ec III o 314:= ec IIIA o 3a15:= ec IIIB o 3b16:= ec IVA o 4a17:= ec IVB o 4b18= ec IIIB o 3b19= ec IVA o 4a20= ec IVB o 4b21:= No tiene diagnóstico de cáncer de cérvix | 2 | Numérico |
| 14 | caCervixProced | Procedimiento curativo en estadios tempranos | Registre si la afiliada con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB1 recibió algún procedimiento curativo (conización/cirugía).1:=No2:=Si3:=No aplica | 1 | Numérico |
| 15 | terapiaSistemica | Identificación de terapias sistémicas  | Registre si el afiliado recibió quimioterapia u otra terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia) en los últimos 3 meses 1:= Sí recibió2:= No recibió (en casos donde se indica quimioterapia, pero no recibió)3:= No Aplica (No está indicada esta terapia) | 1 | Numérico |
| 16 | ipsTS1 | Código IPS 1 de atención terapia sistémica | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento sistémico (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia) para la neoplasia que está reportando.En caso de que la respuesta en el campo "terapiaSistemica" haya sido 2 (No recibió) o 3 (No Aplica), deberá diligenciar 919191919191 | 12 | Alfanumérico  |
| 17 | ipsTS2 | Código IPS 2 de atención terapia sistémica | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento sistémico (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia) para la neoplasia que está reportando, en caso de que sea más de una IPS la encargada del tratamiento. En caso de que la respuesta en el campo "terapiaSistemica" haya sido 2 (No recibió) o 9 (No Aplica), deberá diligenciar 919191919191Nota: Si el afiliado solo ha recibido terapia sistémica en una sola institución, se debe diligenciar el código REPS registrado en el campo "ipsTS1"  | 12 | Alfanumérico  |
| 18 | radioterapia | Identificación de realización radioterapia | Registre si el afiliado recibió tratamiento con radiación ionizante (radioterapia) en los últimos 3 meses 1:= Sí recibió2:= No recibió (en casos donde se indica radioterapia, pero no recibió)3:= No Aplica (No está indicada esta terapia) | 1 | Numérico |
| 19 | ipsRT1 | Código IPS 1 realización radioterapia | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento con radiación ionizante (radioterapia) para la neoplasia que está reportando.En caso de que la respuesta en el campo "radioterapia" haya sido 2 (No recibió) o 9 (No Aplica), deberá diligenciar 919191919191 | 12 | Alfanumérico  |
| 20 | ipsRT2 | Código IPS 2 realización radioterapia | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento con radiación ionizante (radioterapia) para la neoplasia que está reportando, en caso de que sea más de una IPS la encargada del tratamiento. En caso de que la respuesta en el campo "radioterapia" haya sido 2 (No recibió) o 9 (No Aplica), deberá diligenciar 919191919191Nota: Si el afiliado solo ha recibido radioterapia en una sola institución, se debe diligenciar el código REPS registrado en el campo "ipsRT1"  | 12 | Alfanumérico  |
| 21 | cirugía | Realización de cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer | Registre si el afiliado fue sometido a una o más cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer en el periodo de estudio:1:= Si2:= No | 1 | Numérico |
| 22 | ipsCirugia1 | Código IPS 1 realización cirugía | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado fue sometido a una o más cirugías curativas o paliativas para la neoplasia que está reportando.En caso de que la respuesta en el campo "cirugía" haya sido 2 (No) 919191919191 | 12 | Alfanumérico  |
| 23 | ipsCirugia2 | Código IPS 2 realización cirugía | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado fue sometido a una o más cirugías curativas o paliativas para la neoplasia que está reportando, en caso que las cirugías se hayan realizado en más de una IPS.En caso de que la respuesta en el campo "cirugía" haya sido 2 (No) 919191919191Nota: Si el afiliado solo ha sido sometido a cirugías curativas o paliativas en una sola institución, se debe diligenciar el código REPS registrado en el campo "ipsCirugia1"  | 12 | Alfanumérico  |
| 24 | novedadClin | Novedad Clínica | Registre la novedad clínica del usuario a la fecha de corte:0:= Usuario que está en manejo inicial curativo1:= Usuario que está en manejo inicial paliativo2:= Usuario que finalizó tratamiento inicial y está en seguimiento luego de remisión3:= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito curativo4:= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito paliativo5:= Usuario que finalizó tratamiento recaída y está en seguimiento luego de remisión6:= Abandono de tratamiento7:= Usuario firmó alta voluntaria8:= Usuario en manejo expectante antes de tratamiento9:= Sin dato o no aplica | 1 | Numérico  |
| 25 | novedad | Novedad | Registre la novedad administrativa del usuario respecto al reporte anterior:0:= No presenta novedad con respecto al reporte anterior (vivo y afiliado a la entidad).1:= Usuario ingresó a la EPS en el periodo de reporte y ya tenía el diagnóstico de cáncer2:= Usuario con un nuevo diagnóstico de cáncer3:= Usuario con diagnóstico antiguo de cáncer que no había sido incluido en el reporte anterior4:= Usuario que falleció5:= Usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento6:= Usuario con cambio de tipo o número de ID7:= Usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar8:= Usuario que se desafilió9:= Usuario que es notificado con dos o más cánceres en este periodo | 1 | Numérico  |

1. **Archivo Tipo ST023 – Reporte general afiliados con VIH**

**ARCHIVO TIPO ST023**

**Reporte general afiliados con VIH**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

**Observación:** Se deben reportar todos los usuarios con diagnóstico confirmado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que se encuentre en fase de confirmación definitiva (incluye niños o niña menor de 12 meses que es hijo(a) de madre que vive con VIH).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST023** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= Salvoconducto de permanenciaPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 4 | codigoMunicipio | Municipio de Residencia del Afiliado | Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | gestante | La persona reportada es mujer gestante | Registre si la persona reportada es una gestante, de acuerdo con las siguientes categorías:1:= Mujer que está embarazada al finalizar el periodo de observación.2:= Mujer que estuvo embarazada y cuya gestación terminó durante el período de observación (gestación que terminó por parto o aborto)3:= Mujer no embarazada durante el periodo de observación.4:= No aplica. | 1 | Numérico  |
| 7 | menor12m | Niño o niña menor de 12 meses que es hijo(a) de madre que vive con VIH | Registre si la persona reportada es un menor de 12 meses que es hijo(a) de una madre que vive con VIH:0:= No1:= Sí | 1 | Numérico  |
| 8 | tipoIdMadreAfiliado | Tipo de identificación de la madre del menor de 12 meses expuesto al VIH | Indique el tipo de identificación de la madre del menor de 12 meses expuesto al VIH:CC:= Cédula ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomático PA: PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso Especial de PermanenciaRC:= Registro civilTI:= Tarjeta de identidadCN:= Certificado de nacido vivoAS:= Adulto sin identificarMS:= Menor sin identificarNA:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH) | 2 | Texto |
| 9 | idMadreAfiliado | Número de identificación de la madre del menor de 12 meses expuesto al VIH | Reporte el número de identificación de la madre del menor expuesto al VIH. En caso de no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar en cero ("0")En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 10 | madreDxConfirmado | ¿La madre del menor de 12 meses expuesto al VIH tiene confirmado el diagnóstico de VIH? | Registre si la madre del menor de 12 meses expuesto al VIH tiene confirmado el diagnóstico de VIH.0:= No1:= Si2:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH) | 1 | Numérico  |
| 11 | profilaxisRN | Profilaxis con antirretrovirales para el recién nacido vivo expuesto al VIH | Indique si el recién nacido recibió profilaxis con antirretrovirales, según corresponda:1:= Sí, recibió profilaxis por 42 días con Zidovudina.2:= Sí, recibió profilaxis con Nevirapina 3 dosis al nacimiento más Zidovudina por 42 días. 3:= Sí, recibió profilaxis, pero incompleta.4:= Actualmente está recibiendo profilaxis.5:= No recibió profilaxis con antirretrovirales.6:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH) | 1 | Numérico  |
| 12 | fechaPrimCVmenor | Fecha de la primera carga viral para VIH en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó la primera carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH. Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó la primera carga viral, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 13 | primeraCVmenor | Resultado de la primera carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre el número absoluto en copias de la primera carga viral realizada al menor de 12 meses expuesto al VIH (no utilice puntos ni comas). En caso de ser indetectable reporte 0.En caso de no haberse realizado la carga viral o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 99999999 | 7 | Numérico  |
| 14 | fechaSegCVmenor | Fecha de la segunda carga viral para VIH en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó la segunda carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH. Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó la segunda carga viral, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 15 | segundaCVmenor | Resultado de la segunda carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre el número absoluto en copias de la segunda carga viral realizada al menor de 12 meses expuesto al VIH (no utilice puntos ni comas). En caso de ser indetectable reporte 0.En caso de no haberse realizado la carga viral o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 99999999 | 7 | Numérico  |
| 16 | fechaUltimaCVmenor | Fecha de la última carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó la última carga viral (diferente a la reportada en los campos 12 y 13) en el menor de 12 meses expuesto al VIH. Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó la última carga viral, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 17 | ultimaCVmenor | Resultado de la última carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre el número absoluto en copias de la última carga viral (diferente a la reportada en los campos 12 y 13) realizada al menor de 12 meses expuesto al VIH (no utilice puntos ni comas). En caso de ser indetectable reporte 0.En caso de no haberse realizado la carga viral o no tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 99999999. | 7 | Numérico  |
| 18 | formLact | Niño/niña expuesto al VIH recibió fórmula láctea. | Registre si el niño/niña expuesto al VIH recibió fórmula láctea:1:= Recibió fórmula láctea de forma continua desde el nacimiento hasta los 12 meses de vida.2:= Recibió fórmula láctea por menos de 12 meses.3:= Está recibiendo fórmula láctea (es menor de 12 meses).4:= No recibió fórmula láctea.5:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH). | 1 | Numérico |
| 19 | condFinalMen | Condición final del menor de 12 meses expuesto al VIH | Registre la condición final del menor de 12 meses expuesto al VIH:1:= Diagnóstico confirmado de VIH2:= Se descartó infección por VIH3:= Aún no se ha definido la condición del menor4:= No aplica (no es un menor de 12 meses expuesto al VIH) | 1 | Numérico  |
| 20 | fechaDxVIH | Fecha de confirmación del diagnóstico por VIH | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó la confirmación del diagnóstico por VIH.Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó la confirmación del diagnóstico, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado la confirmación del diagnóstico por VIH aún, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico  |
| 21 | estadioIncialDx | Estadío clínico al momento del diagnóstico (para niños, niñas, adolescentes y adultos) | Registre el estadío clínico de la persona que vive con VIH al momento del diagnóstico. Utilice el sistema de clasificación del CDC 2014.0:= Estadío 0 1:= Estadío 1 2:= Estadío 2 3:= Estadío 34:= Estadío desconocido5:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH) | 1 | Numérico  |
| 22 | motivoTAR | Motivo de inicio de la TAR | Registre el motivo por el cual se inició la Terapia Antirretroviral (TAR):1:= Por infección grave o avanzada del VIH (patología que define Sida).2:= Por conteo de linfocitos T CD4, porcentaje de linfocitos T CD4 o caída rápida de los linfocitos T CD4.3:= Por coinfección con hepatitis B o hepatitis C 4:= Por historia de enfermedad cardiovascular.5:= Por riesgo cardiovascular mayor al 20% por Framingham (ajustado para Colombia). 6:= Por nefropatía asociada al VIH.6:= Por nefropatía asociada al VIH7:= Por estado previo a la concepción, gestación, puerperio o lactancia materna.8:= Por carga viral.9:= Por edad.10:= Por tener pareja serodiscordante. 11:= Por infección temprana.12:= Estrategia de prueba y tratamiento inmediato.13:= No se tiene porque el inicio de TAR se hizo en otra entidad diferente a la que reporta. 14:= No se tiene porque, aunque el inicio de TAR se hizo en la entidad que reporta, se hizo antes del año 2000.15:= No ha iniciado TAR 16:= Desconocido.17: No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH) | 2 | Numérico  |
| 23 | sida | Patologías que definen SIDA | Registre si ha tenido alguna de las patologías que definen SIDA:0:= No1:= Si*Patologías que definen SIDA*: \* Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes (Solo aplica a menores de 6 años de edad) \* Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar \* Tuberculosis pulmonar (solo en personas mayores o iguales a 6 años de edad) o extrapulmonar \* Cáncer de cérvix invasivo (solo para personas mayores o iguales a 6 años de edad) \* Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar \* Citomegalovirus de cualquier órgano excepto hígado, bazo, o ganglios linfáticos (En mayores de 1 mes de edad) \* Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión) \* Herpes simple con úlceras mucocutáneas de más de un mes de duración o causando bronquitis, neumonitis o esofagitis (en mayores de 1 mes de edad) \* Diarrea por isospora belli o cryptosporidium de más de un mes de duración \* Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar\* Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, o primario del sistema nervioso central \* Neumonía por pneumocystis jiroveci \* Neumonía recurrente \* Septicemia por salmonella recurrente \* Infección diseminada o extrapulmonar por micobacterium avium, kansasii u otras especies de micobacterias \* Criptococosis extrapulmonar \* Sarcoma de Kaposi\* Síndrome de desgaste asociado al VIH \* Leucoencefalopatía multifocal progresiva o encefalopatía por VIH \* Toxoplasmosis cerebral (solo en personas mayores de 1 mes de edad) \* Demencia asociada al VIH (solo para personas con diagnóstico de VIH antes de 2017) \* Neumonía intersticial linfoidea (solo para personas con diagnóstico de VIH antes de 2017) | 1 | Numérico  |
| 24 | codIPS | Código de la IPS donde se hace el seguimiento  | Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde se hace el seguimiento y atención al usuario actualmente. | 12 | Alfanumérico  |
| 25 | fechaConInfec | Fecha de último control por infectología | Registre la fecha de último control por infectología en el formato AAAAMMDD.En caso de no haber tenido controles por infectología, diligenciar 18000101.  | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 26 | estadioActualDx | Estadío clínico actual (para niños, niñas, adolescentes y adultos) | Utilice el sistema de clasificación del CDC 2014. En pacientes con novedad de abandono, desafiliado o fallecido, se reporta el último dato, así sea un dato por fuera del período de reporte.0:= Estadío 0 1:= Estadío 1 2:= Estadío 2 3:= Estadío 34:= Estadío desconocido5:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH)  | 1 | Numérico  |
| 27 | coinfecciones | Coinfecciones que afectan actualmente al usuario | Registre si el paciente actualmente o en el último periodo presentó:1:= Coinfección con hepatitis B crónica2:= Coinfección con hepatitis C crónica3:= Tiene o ha tenido otras infecciones de transmisión sexual diferentes a sífilis o hepatitis B en los últimos 12 meses4:= Tiene o tuvo coinfección con tuberculosis activa en los últimos 12 meses5:= No presentó ninguna de las condiciones anteriores 6:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH) En caso de presentar varias durante el corte se deberán diligenciar todas las opciones sin separación. Ejemplo: Coinfección con hepatitis B crónica yTiene o tuvo coinfección con tuberculosis activa en los últimos 12 meses: "14" | 4 | Numérico  |
| 28 | comorbilidades | Comorbilidades que afectan actualmente al usuario | Registre si la persona que vive con VIH tiene actualmente alguna de las siguientes condiciones:1:= Neuropatía periférica2:= Lipoatrofia o lipodistrofia3:= Cirrosis hepática4:= Enfermedad renal crónica por VIH5:= Enfermedad coronaria6:= Neoplasia no relacionada con Sida7:= Discapacidad funcional8:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH) En caso de presentar varias durante el corte se deberán diligenciar todas las opciones sin separación. Ejemplo: Neuropatía periférica y Enfermedad renal crónica por VIH: "14" | 7 | Numérico  |
| 29 | linfocitosActual | Valor del último conteo de linfocitos T CD4 realizado en el último periodo  | Registre el valor absoluto del último conteo de linfocitos T CD4 realizado. En caso de no tener el resultado, diligenciar 9991. Si no se ha realizado el paraclínico, diligenciar 9992.  | 4 | Numérico  |
| 30 | fechaLinfocitosActual | Fecha del último conteo de linfocitos T CD4 realizado en el último periodo  | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó el último conteo de linfocitos T CD4.Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó el último conteo de linfocitos T CD4, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado último conteo de linfocitos T CD4 o tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 31 | cargaViralActual | Valor de la última carga viral para VIH realizada en el último período  | Registre el valor absoluto de la última carga viral para VIH (registre solo números enteros). En caso de ser indetectable reporte 0.En caso de no haberse realizado la carga viral o tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 99999999 | 7 | Numérico  |
| 32 | fechaCargaViralActual | Fecha de la última carga viral para VIH realizada en el último período  | Registre en el formato AAAAMMDD la fecha en que se realizó la última carga viral. Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.En caso de no conocer la fecha en que se realizó la última carga viral, diligenciar 18000101. En caso de no haberse realizado la carga viral o tratarse de un menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102. | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 33 | tarActual | TAR actualmente | Registre sí el afiliado se encuentra en TAR actualmente según la opción correspondiente:1:= Sí recibe TAR actualmente2:= No recibe TAR porque rechaza el tratamiento. 3:= No recibe TAR por no adherencia del paciente 4:= No recibe TAR por desabastecimiento.5:= No recibe TAR por abandono del tratamiento. 6:= No ha iniciado TAR7:= No recibe TAR por orden médica.8:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH)  | 1 | Numérico  |
| 34 | novedades | Novedad del usuario respecto al reporte anterior | Registre la novedad del usuario durante el periodo de reporte.0:= No presenta ninguna novedad (vivo y afiliado a la entidad).1:= Usuario ingresó a la entidad con diagnóstico de infección por el VIH2:= Usuario antiguo en la entidad que se le realizó diagnóstico nuevo de infección por el VIH3:= Usuario antiguo en entidad y antiguo diagnóstico de infección por VIH que no había sido incluido en reporte.4:= Usuario que falleció 5:= Usuario que se desafilió6:= Usuario que firmó alta voluntaria del programa o la TAR por decisión propia.7:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación o cambio de nombre con el mismo número de identificación (por ejemplo, en el caso de personas transgénero).8:= Usuario que abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar.9:= Hijo de madre con VIH que en el reporte anterior se informó como menor de 12 meses en estudio para VIH, que se le descartó la infección por el VIH.10:= Suspensión del tratamiento por orden médica. 11:= Usuario identificado por fuentes externas con diagnóstico VIH descartado por la entidad. 12:= Usuario identificado por fuentes externas con diagnóstico VIH no gestionado por la entidad. | 2 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST024– Cohorte de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

**ARCHIVO TIPO ST024**

**Cohorte de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST024** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Municipio de Residencia del Afiliado | Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico  |
| 4 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 5 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 6 | codIPS | Código IPS de atención  | Registre el código REPS de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento para la EPOC | 12 | Alfanumérico  |
| 7 | diagEpoc | Diagnóstico confirmado de EPOC | Registre el diagnóstico con el cual fue confirmado la EPOC en el usuario de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10 Entre J40 y J44)  | 4 | Alfanumérico |
| 8 | gravedadEpoc | Gravedad de diagnóstico | Registre si al usuario se le ha clasificado la gravedad del diagnóstico de EPOC, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC.0:= Sin clasificar1:= Leve2:= Moderado3:= Grave4:= Muy grave | 1 | Numérico |
| 9 | numActivBasica | Número de actividades de atención básica | Registre el número de actividades de atención básica realizadas durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 10 | numMedInt | Número de atenciones por Medicina interna | Registre el número de atenciones por Medicina interna realizadas durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 11 | numNeumo | Número de atenciones por Neumólogo | Registre el número de veces que se le ha realizado evaluación de la gravedad al paciente con diagnóstico confirmado de EPOC durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 12 | numActivGravedad | Número de actividades para evaluación de la gravedad del diagnóstico confirmado de EPOC | Registre el número de veces que se le ha realizado evaluación de la gravedad al paciente con diagnóstico confirmado de EPOC durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 13 | numActivPP | Número de actividades de promoción y prevención, educación, vacunas en paciente con diagnóstico confirmado de EPOC | Registre el número de actividades de promoción y prevención, educación, vacunas en paciente con diagnóstico confirmado de EPOC durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 14 | numAtenRef | Número de actividades de seguimiento de refuerzo | Registre el número de actividades de seguimiento de refuerzo realizadas durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 15 | numAtenRehab | Número de actividades de rehabilitación | Registre el número de actividades de rehabilitación realizadas durante el periodo de reporte, según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de EPOC. | 2 | Numérico |
| 16 | oxigeno | Paciente oxígenorrequiriente | Registre si el paciente es oxígenorrequiriente, así:1:= Si2:= No | 1 | Numérico |
| 17 | entregaOxig | Suministro de oxígeno | Sí el paciente es oxígenorrequeriente, especifique la fecha de último suministro en el formato AAAAMMDD, de lo contrario indique, diligenciar 18000101 | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 18 | novedad | Novedades con respecto al reporte anterior | Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 0 = No hay novedad respecto al reporte anterior1:= Persona que falleció 2:= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de EPOC3:= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de EPOC4:= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito 5:= Persona que se desafilió 6:= Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar7:= Persona que regresa a terapia 8:= El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior 9:= Usuario antiguo en EPS y antiguo diagnóstico de EPOC que no había sido incluido en reporte | 1 | Numérico |

1. **Archivo Tipo ST025 – Cohorte de Insuficiencia Cardíaca**

**ARCHIVO TIPO ST025**

**Cohorte de Insuficiencia Cardíaca**

**Tipo de entidad a la que aplica:** Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción **en medida administrativa**.

**Periodicidad:** Trimestral.

**Fecha de corte:**marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31 (el primer reporte debe realizarse con la información al 30 de septiembre de 2021).

**Fecha del reporte:**30 días calendario después de la fecha de corte (el primer reporte debe realizarse a más tardar el 30 de noviembre de 2021).

| **Elemento** | **Archivo Tipo ST025** |
| --- | --- |
| **#** | **Identificador** | **Atributos** | **Descripción** | **Longitud máxima** | **Registro permitido** |
| 1 | tipoIdAfiliado | Tipo de Identificación del Afiliado | Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:CC:= Cédula de ciudadaníaCE:= Cédula de extranjeríaCD:= Carné diplomáticoPA:= PasaporteSC:= SalvoconductoPE:= Permiso especial de permanenciaRC:= Registro CivilTI:= Tarjeta de IdentidadCN:= Certificado de nacido vivoNU:= Número único de identificación personalAS:= Adulto sin identificaciónMS:= Menor sin identificación | 2 | Texto |
| 2 | idAfiliado | Número de identificación del Afiliado | Registre el número de identificación del afiliado afectado.En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 | 16 | Alfanumérico  |
| 3 | codigoMunicipio | Municipio de Residencia del Afiliado | Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE | 5 | Alfanumérico  |
| 4 | grupoEtnico | Pertenencia a grupo étnico | Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:1:= Indígena2:= Afrocolombiano o afrodescendiente3:= Raizal4:= Rom5:= Palenquero6:= Ninguno | 1 | Numérico  |
| 5 | telefono | Teléfono del Afiliado | Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) | 10 | Numérico |
| 6 | codIPS | Código IPS de atención  | Registre el código REPS de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento para la Insuficiencia Cardíaca a 12 dígitos. | 12 | Alfanumérico  |
| 7 | diagIC | Diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca | Registre el diagnóstico con el cual fue confirmada la insuficiencia cardiaca en el usuario de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10  | 4 | Alfanumérico |
| 8 | estadioIC | Estadio de insuficiencia cardiaca - ACC/AHA | Registre el estadio de la insuficiencia cardiaca así:1:= Estadio A2:= Estadio B3:= Estadio C4:= Estadio D5:= No cuenta con la clasificación | 1 | Numérico  |
| 9 | claseNYHA | Clase funcional NYHA | Registre la clase funcional NYHA así:1:= I2:= II3:= III4:= IV5:= Sin clasificación | 1 | Numérico  |
| 10 | terapiaRC | Tiene implantado un dispositivo para terapia de resincronización con cardiodesfibrilador | Registre si el paciente tiene implantado un dispositivo para terapia de resincronización con cardiodesfibrilador, así:1:= Si2:= No | 1 | Numérico  |
| 11 | fechaTerapiaRC | Fecha de implantación de dispositivo para terapia de resincronización con cardiodesfibrilador | Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre la fecha de implantación de dispositivo para terapia de resincronización con cardiodesfibrilador en el formato AAAAMMDD.De lo contrario, diligenciar "18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 12 | terapiaRD | Tiene implantado un dispositivo para terapia de resincronización sin cardiodesfibrilador | Registre si el paciente tiene implantado un dispositivo para terapia de resincronización sin cardiodesfibrilador1:= Si2:= No | 1 | Numérico  |
| 13 | fechaTerapiaRD | Fecha de implantación de dispositivo para terapia de resincronización sin cardiodesfibrilador | Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre la fecha de implantación de dispositivo para terapia de resincronización sin cardiodesfibrilador en el formato AAAAMMDD. De lo contrario, diligenciar "18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 14 | marcapaso | Tiene implantado marcapasos definitivo | Registre si el paciente tiene implantado marcapasos definitivo, así:1:= Si2:= No | 1 | Numérico  |
| 15 | fechaMarcapaso | Fecha de implantación de marcapasos definitivo | Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre la fecha en el formato AAAAMMDD de implantación de marcapasos definitivo. De lo contrario, diligenciar "18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 16 | candiTrasplante | Es candidato a trasplante cardiaco | Registre si el paciente es candidato a trasplante cardiaco, así:1:= Si2:= No | 1 | Numérico  |
| 17 | progClincardiaca | Es atendido en programa de clínica cardiaca | Registre si el paciente es atendido en el programa de clínica cardiaca, así:1:= Si2:= No | 1 | Numérico  |
| 18 | fecUltValClcard | Fecha de última valoración por cardiología o medicina interna | Registre la fecha en el formato AAAAMMDD de la última valoración por cardiología o medicina interna. De lo contrario, diligenciar "18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 19 | numContClcard | Número de controles realizados por el programa de clínica cardiaca durante el período de reporte | Registre el número de controles realizados por el programa de clínica cardiaca durante el período de reporteEn el caso de que el usuario se encuentre en el programa de clínica cardíaca pero no tuvo controles durante el periodo a reportar, diligenciar **"99"**  | 2 | Numérico  |
| 20 | oxigeno | Paciente oxigenorrequiriente | Registre si el paciente es oxigenorrequiriente, así:1:= Sí2:= No | 1 | Numérico  |
| 21 | entregaOxig | Suministro de oxígeno | Sí el paciente es oxígenorrequeriente, especifique la fecha de último suministro en el formato AAAAMMDD. De lo contrario, diligenciar "18000101" | 8 | Numérico Fecha con formato AAAAMMDD  |
| 22 | novedad | Novedades con respecto al reporte anterior | Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 0:= No hay novedad respecto al reporte anterior1:= Persona que falleció 2:= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de insuficiencia cardiaca3:= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca4:= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito 5:= Persona que se desafilió 6:= Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar7:= Persona que regresa a terapia 8:= El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior 9:= Usuario antiguo en EPS y antiguo diagnóstico de insuficiencia cardiaca que no había sido incluido en reporte | 1 | Numérico |

1. **SANCIONES**

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones emitidas en la presente Circular Externa, de conformidad con lo establecido en los artículos 114 y 116, los numerales 8, 11, 12, 17 y 19 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019 y el artículo 4 de la Ley 1949 de 2019 que adiciona los artículos 130A, 130B y 130C, dará lugar al inicio de procesos administrativos sancionatorios, sin perjuicio de las demás responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan imponer otras autoridades judiciales y/o administrativas.

1. **DEROGATORIA Y VIGENCIA**

La presente Circular Externa rige a partir de la fecha de su publicación, deroga la Circular Externa 003 de 2020 y, modifica parcialmente las Circulares Externas 017 y 018 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Dada en Bogotá, D.C., a los

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**PAOLA ANDREA CASTELLANOS GUERRA**

**ASESORA ENCARGADA DE LAS FUNCIONES DEL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD**

Proyectó: Giselle Vesga