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

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:

I. 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:

- a. 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.

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

- b. 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, tuteladas 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.

II. 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

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

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:

- a) *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.*
- b) *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.*
- c) *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 Pública 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 Pública o Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional - ESPII de las empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB

III. 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

Comentado [OMSAR1]: El Numeral 30 del Artículo 4 del Decreto 1080 de 2020 dice “Adelantar la toma de posesión, los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar y otras medidas especiales las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas y las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de Salud en sus actividades de salud y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra Entidad, así como intervenir técnica y administrativamente a las secretarías departamentales, distritales y municipales de Salud o las entidades que hagan sus veces”, pero en el Artículo 24 . Funciones de la Dirección de Medidas Especiales para entidades promotoras de salud y adaptadas, como establece el título, se excluye las REE. Por lo anterior, se requiere aclarar si las REE deben incluirse en esta Circular para la solicitud de información

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

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:

- a. 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

- b. Delimitado por Pipeline (|)
- c. Firmado digitalmente por Representante Legal
- d. La información debe remitirse de manera completa
- e. Los anexos técnicos descritos en la presente Circular Externa deberán ser reportados por las entidades vigiladas en formato txt.

IV. 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:

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

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	tipoldAfiliado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= 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




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

Elemento		Archivo Tipo ST016			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
4	grupoEtnico	Pertenencia a grupo étnico	Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado: 1:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno	1	Númérico
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	Númérico
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	Númérico Fecha con formato AAAAMMDD
8	fecControl	Fecha de ingreso al control prenatal	Registre la fecha de ingreso al control prenatal de la gestante.	8	Númérico 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	Númérico
10	fecUltCp	Fecha último control prenatal	Registre la fecha del último control prenatal de la gestante.	8	Númérico Fecha con formato AAAAMMDD
11	clasRiesgo	Clasificación del riesgo obstétrico	Registre la clasificación del riesgo obstétrico de la gestante, así: 1:= Bajo 2:= Alto	1	Númérico
12	sifGestConf	Sífilis gestacional confirmada	Registre si la gestante tiene diagnóstico de sífilis gestacional confirmado, así: 1:= Sí 2:= No	1	Númérico
13	ttoSifilis	Tratamiento de sífilis	Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, registre: 1:= Si la gestante inicio tratamiento para sífilis 2:= Si la gestante no ha iniciado tratamiento para sífilis 3:= Si la gestante terminó el tratamiento para sífilis Si la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, registre 4:= No Aplica	1	Númérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST016			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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:= Sí 2:= No Si 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:= Sí 2:= 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:= Sí 2:= No De lo contrario, registre: 3:= No Aplica	1	Numérico
17	lactMaterna	Asesoría lactancia materna	Registre si la gestante recibió asesoría en lactancia materna, así: 1:= Sí 2:= No	1	Numérico
18	micronut	Entrega de micronutrientes	Registre si a la gestante se le hizo entrega de micronutrientes, así: 1:= Sí 2:= 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)	Registre la fecha de atención del evento obstétrico entendiéndose 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 AAAAMDD
21	metPF	Método Planificación Familiar Post Evento Obstétrico	Registre el método de planificación familiar elegido por la madre post evento obstétrico 1:= Esterilización femenina 2:= DIU 3:= Método de amenorrea de la lactancia 4:= Método con progestina sola 5:= Otro 6:= Ninguno	1	Numérico

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

Elemento		Archivo Tipo ST016			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
22	vitMadre	Vitalidad de la madre al final del embarazo	Registre la vitalidad de la madre al final del embarazo así: 1:= Viva 2:= Muerta Si aún no ha llegado el momento del parto, registre: 3:= No Aplica	1	Númérico
23	vitRN	Vitalidad del Recién Nacido	Registre la vitalidad del recién nacido así: 1:= Vivo 2:= Muerto Si aún no ha llegado el momento del parto, registre: 3:= No Aplica	1	Númérico
24	novedad	Novedad	Registre la novedad de la gestante respecto al reporte anterior: 0:= No presenta ninguna novedad 1:= Persona que falleció 2:= Ingreso a EPS en estado de gestación 3:= Persona que se desafiló 4:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación 5:= Persona que abandona el programa y no es posible de ubicar 6:= Evento obstétrico (parto o aborto) 7:= Sin dato o no aplica	1	Númérico

2. 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.


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

Elemento		Archivo Tipo ST017			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	tipoidAfiado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación	2	Texto
2	idAfiado	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 Política 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	Número
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 realizó tamizaje con citología 1:= No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna 2:= ASC-US 3:= ASC-H 4:= L-LIE (NIC I) 5:= H-LIE (NIC II- NIC III) 6:= Carcinoma de células escamosas 7:= Células glandulares atípicas (AGC) 8:= Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas 9:= Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS) 10:= Adenocarcinoma	2	Número




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

Elemento		Archivo Tipo ST017			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
6	fechaTamCitologia	Fecha tamizaje con Citología	<p>Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje con citología, en el formato AAAAMMDD.</p> <p>Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.</p> <p>En caso de no haberse realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino con CCU, diligencie 18000101</p>	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
7	tamizajeAdnVph	Tamizaje con prueba de ADN VPH	<p>Registre el resultado de la última prueba de ADN VPH en caso de haberse realizado como parte del tamizaje para cáncer de cuello uterino:</p> <p>0:=No se realizó tamizaje con prueba de ADN VPH 1:=Negativo o normal 2:= Positivo o anormal 3:= Incierto o indeterminado</p>	1	Numérico
8	fechaTamAdnVph	Fecha tamizaje con prueba ADN VPH	<p>Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje con ADN VPH, en el formato AAAAMMDD.</p> <p>Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.</p> <p>En caso de no haberse realizado el tamizaje de cáncer de cuello uterino con ADN VPH, diligencie 18000101</p>	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
9	tamizajeTIV	Tamizaje con Técnicas de Inspección Visual positiva -VIA-VILI	<p>Registre el resultado del tamizaje para cáncer de uterino por técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI):</p> <p>0:= No se realizó tamizaje con técnica de inspección visual 1:= IVSL negativa 2:= IVSL positiva 3:= IVSL sospechosa 4:= IVAA negativa 5:= IVAA positiva 6:= IVAA sospechosa</p>	1	Numérico
10	fechaTamTIV	Fecha tamizaje con Técnicas de Inspección Visual positiva -VIA-VILI	<p>Registre la fecha en la cual se realizó el tamizaje técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI), en el formato AAAAMMDD.</p> <p>Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01.</p> <p>En caso de no haberse realizado el tamizaje con técnicas de Inspección Visual (VIA-VILI), diligencie 18000101</p>	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD

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

Elemento		Archivo Tipo ST017			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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 VPH 1:=Negativo o normal 2:= Positivo o anormal 3:= Incierto o indeterminado	1	Número
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 AAAAMDD. 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	Número Fecha con formato AAAAMDD
13	colposcopia	Realización de colposcopia cervicouterina y/o biopsia	Registre sí se realizó colposcopia cervicouterina y/o biopsia posterior a prueba de tamizaje anormal para cáncer de cuello uterino: 0:= No, se realizó colposcopia y biopsia 1:=Si, se realizó colposcopia y biopsia 2:=Si, se realizó colposcopia	1	Número
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 AAAAMDD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. En caso de no haberse realizado colposcopia, diligencie 18000101	8	Número Fecha con formato AAAAMDD
15	resultadoColposcopia	Resultado de la colposcopia	Registre el resultado de la colposcopia cervicouterina según corresponda: 1:= Colposcopia negativa 2:= Colposcopia insatisfactoria 3:= Colposcopia positiva 4:= Sin información 5:= No aplica, no se realizó colposcopia	1	Número

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

Elemento		Archivo Tipo ST017			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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 Neoplasia 2:= Infección por VPH 3:= NIC de Bajo Grado - NIC I 4:= NIC de Alto Grado: NIC II - NIC III 5:= Neoplasia Micro infiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma 6:= Neoplasia Infiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma. 7:= Sin información 8:= No aplica, no se realizó biopsia.	1	Numérico
18	novedad	Novedad	Registre la novedad del paciente respecto al reporte anterior: 0:= No presenta ninguna novedad 1:= Persona que falleció 2:= Persona que se desafilió 3:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación	1	Numérico

3. 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).

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


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	tipodAfiado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Camé diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación	2	Texto
2	idAfiado	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	Númérico
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	Númérico 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:= Si 2:=No 3:= No aplica, no se realizó examen clínico de mama	1	Númérico
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.	8	Númérico Fecha con



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

Elemento		Archivo Tipo ST018			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
8	fechaResMamo	Fecha la emisión del resultado de la última mamografía	En caso de no haberse realizado mamografía, diligenciar 18000101.	8	formato AAAAMMDD
			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.		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 evaluación 1:= Negativo 2:= Hallazgos Benignos 3:= Probablemente Benigno 4:= Anormalidad Sospechosa 5:= Altamente Sospechoso de Malignidad 6:= Malignidad por Biopsia conocida 7:= 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 biopsia En 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:= Benigna 1:= Atípica (Indeterminada) 2:= Malignidad Sospechosa/Probable 3:= Maligna 4:= No Satisfactoria 5:= No aplica, no se realizó biopsia 6:= Sin dato	1	Numérico
13	novedad	Novedad	Registre la novedad del paciente respecto al reporte anterior: 0:= No presenta ninguna novedad 1:= Persona que falleció 2:= Persona que se desafilió	1	Numérico

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

Elemento		Archivo Tipo ST018			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			3:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación		

4. 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	tipoldAfiado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación Registre el número de identificación del afiliado afectado.	2	Texto
2	idAfiado	Número de identificación del Afiliado	En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123	16	Alfanumérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST019			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= 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 Arterial 2:= Diabetes Mellitus 3:= Ambas 4:= 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	etiologia	Etiología de la ERC	Registre la etiología de la ERC 1:= HTA y/o DM 2:= Autoinmune 3:= Nefropatía Obstructiva 4:= Enfermedad poliquística 5:= 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 renal 2:= Paciente con TFGe entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas complementarias que soportan daño renal 3:= Paciente con TFGE entre 30 y menor de 60 ml/min	1	Numérico




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

Elemento		Archivo Tipo ST019			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			4:= Paciente con TFG entre 15 y menor de 30 ml/min 5:= Paciente con TFG menor de 15 ml/min o paciente en diálisis 8:= 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).		
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.	4	Numérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST019			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			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.		
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 Swartz	Registre la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) según Cockcroft-Gault (en adultos) o Swartz (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 fórmula diferente a Cockcroft-Gault, debe calcularla y reportar el valor obtenido por Cockcroft-Gault o Swartz 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 clínica deben 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, hemodiálisis 2:=Si, diálisis peritoneal 3:= No, paciente en abandono 4:= No, paciente con diagnóstico ERC estadio 5 que	1	Numérico

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

Elemento		Archivo Tipo ST019			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin dialítico 5:= No aplica		
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 anterior 1:= 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 ubicar 7:= 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

5. 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).




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

Elemento		Archivo Tipo ST020			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	tipoidAfiliado	Tipo de identificación del Afiliado	<p>Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda:</p> <p>CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación</p>	2	Texto
2	idAfiliado	Número de identificación del Afiliado	<p>Registre el número de identificación del afiliado afectado.</p> <p>En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123</p>	16	Alfanumérico
3	codigoMunicipio	Código Municipio Residencia del afiliado	<p>Corresponde al Código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Político Administrativa – DANE</p> <p>Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:</p> <p>1:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno</p>	5	Alfanumérico
4	grupoEtnico	Pertenencia a grupo étnico	<p>Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:</p> <p>1:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno</p>	1	Númérico
5	telefono	Teléfono del Afiliado	<p>Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo)</p>	10	Númérico
6	fechadx	Fecha de diagnóstico de AR	<p>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.</p> <p>Si conoce solo el año registre el mes de nacimiento y el día 01.</p> <p>Si conoce el año y el mes, registre el día 01.</p> <p>En caso de no conocer la fecha, diligenciar 18000101</p>	8	Númérico Fecha con formato AAAAMMDD
7	comorbilidades	Presenta Comorbilidades al diagnóstico	<p>Registre si el paciente tenía alguna de las siguientes comorbilidades al momento del diagnóstico:</p> <p>1:= Hipertensión Arterial (HTA) 2:= Diabetes Mellitus (DM) 3:= Enfermedad Cardiovascular (EVC) 4:= Enfermedad Renal Crónica (ERC) 5:= Osteoporosis 6:= Síndrome de Sjögren 7:= Sin dato o no aplica</p> <p>En caso de presentar varias comorbilidades se deberán diligenciar todas las opciones sin separación.</p>	6	Númérico



PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST020			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			Ejemplo: Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM): "12"		
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	Número 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	Número
10	fechaHAQ	Fecha del último HAQ realizado	Registre la fecha del último HAQ (Health Assessment 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	Número 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	Número
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	Número Fecha con formato AAAAMMDD
13	ttoDMARD	Tratamiento actual con DMARD	Registre el tratamiento actual con DMARD: 1:= Azatioprina 2:= Ciclosporina 3:= Ciclofosfamida 4:= Cloroquina 5:= D-penicilamina 6:= Etanercept 7:= Leflunomida 8:= Metotrexato 9:= Rituximab 10:= Sulfasalazina 11:= Abatacept 12:= Adalimumab 13:= Certolizumab 14:= Golimumab 15:= Hidroxicloroquina	2	Número

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


Elemento		Archivo Tipo ST020			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			16:= Infiximab 17:= Sales de oro 18:= Tocilizumab 19:= Tofacitinib 20:= Anakinra 21:= Otros medicamentos 22:= Sin dato o no aplica		
14	compAR	Complicaciones	Registre si el afiliado ha requerido o requiere reemplazo articular por AR: 0:= No requiere ni ha requerido reemplazo articular 1:= 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 Codo 6:= Ha requerido un segundo reemplazo articular 7:= Ha requerido un tercer reemplazo articular 8:= Está en espera de reemplazo articular 9:= 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 novedad 1 := Persona que falleció 2:= Ingreso a EPS con diagnóstico de AR 3:= Usuario antiguo en EPS a quien se le realizó nuevo diagnóstico de AR 4:= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento 5 := Persona que se desafiló 6:= Usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar 7 := Persona que regresa a terapia 8:= Usuario con cambio de tipo o número de identificación 9:= Usuario antiguo en EPS y antiguo diagnóstico de AR que no había sido incluido en reporte 10:= Suspensión del tratamiento por orden médica	2	Numérico

6. 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.

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

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	tipoldAfiliado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= 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:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= ROM/ gitanos 5:= Palenquero 6:= Ninguno	1	Numérico
4	codigoMunicipio	Municipio de Residencia del afiliado	Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Política 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.	8	Numérico Fecha con




PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST021			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
7	tipoDeficiencia	Tipo de deficiencia diagnosticada	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 diagnóstico se realizó en otra entidad, diligenciar 18000101.		formato AAAAMDD
			Registre la deficiencia diagnosticada: 0:= Factor VIII (Hemofilia A, factor ocho) 1:= Factor IX (Hemofilia B, factor nueve) 2:= Portadora 3:= Von Willebrand 4:= 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 factor 0:= Hemofilia leve 1:= Hemofilia moderado 2:= Hemofilia severo 3:= Desconocido 4:= EvW tipo I 5:= EvW tipo II 6:= EvW tipo III 7:= portadora sin déficit (>40% actividad coagulante de factor) 8:= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia, EvW o portadora	1	Numérico
			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 coagulante Nota aclaratoria: Cuando la portadora tenga déficit del factor (<40%) se debe ubicar en el nivel que corresponda (opciones 0, 1 o 2).	1	
10	factorActual	Factor recibido (tratamiento actual)	Registre el factor actual recibido para hemofílicos 0:= 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 congelado 5:= Crioprecipitado	2	Numérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST021			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			6:= Desmopresina/Acido tranexámico 7:= Paciente con hemofilia o EvW que no recibió tratamiento durante el periodo, o paciente que abandonó tratamiento. 8:= Factor VIII + rFVIIa 9:= Factor VIII + CCPa 10:= Factor IX+ rFVIIa 11:= Factor IX + CCPa 12:= Factor de Von Willebrand 13:= Otro Factor 14:= No aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia o EvW		
11	esquemaActual	Esquema (tratamiento actual)	Registre el esquema actual de tratamiento recibido para hemofílicos: 0:= A demanda 1:= Profilaxis primaria 2:= Profilaxis secundaria o terciaria 3:= Sólo inmunotolerancia (ITI) 4:= ITI + Profilaxis 5:= ITI + Demanda 6:= 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 corte 0:= No presentó ninguna hemorragia en el periodo 1:= Hemartrosis 2:= Hemorragia del ilio-psoas 3:= Hemorragia de otros músculos/tejidos blandos 4:= Hemorragia intracraneal 5:= Hemorragia oral o en cuello o garganta 6:= 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

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


Elemento		Archivo Tipo ST021			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
14	complicaciones	Presencia de complicaciones como artropatía, infecciones por VHC, VHB, VIH, pseudotumores, fracturas, anafilaxis, reemplazo articular	Registre cuales complicaciones presentó el usuario durante el periodo de reporte: 1:= Artropatía hemofílica crónica 2:= Infección por VHC –Virus Hepatitis C 3:= Infección por VHB –Virus Hepatitis B 4:= Infección por VIH –Virus de Inmunodeficiencia Humana 5:= Pseudotumores 6:= Fracturas (osteopenia/ osteoporosis) 7:= Anafilaxis 8:= Reemplazos articulares 9:= Ninguna de las anteriores En 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 anterior 0:= No presenta novedad (vivo y afiliado a la entidad). 1:= Usuario que falleció 2:= 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 coagulopatías 4:= Usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento 5:= Persona que se desafiló 6:= Usuario que abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar 7:= 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

7. 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.

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

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	tipodAfiliado	Tipo de Identificación del Afiliado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= 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:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom/ gitanos 5:= Palenquero 6:= 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)	Registre el código de la enfermedad maligna diagnosticada al afiliado de acuerdo con la	4	Alfanumérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST022			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
		o tumor) maligna reportada	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)		
7	fechaDiag	Fecha en la cual se realizó el diagnóstico	<p>Registre la fecha en la cual se realizó el diagnóstico de la neoplasia maligna reportada en el formato AAAAMMDD.</p> <p>Si conoce solo el año registre como mes 06 y como día 01. Si conoce el año y el mes, registre como día 15.</p> <p>Registre 18000101 si 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)</p>	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
8	fechaInicioTto	Fecha de inicio del primer tratamiento	<p>Registre la fecha en la cual se inició el tratamiento (primer tratamiento) de la neoplasia maligna reportada en el formato AAAAMMDD.</p> <p>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.</p> <p>Registre 18000101 si desconoce la fecha de inicio el tratamiento de la neoplasia maligna reportada.</p>	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
9	patologia	Realización de estudio histopatológico a partir del cual se establece diagnóstico	<p>Registre si el diagnóstico de cáncer se realizó a partir de estudio histopatológico:</p> <p>1:= Sí 2:= No</p>	1	Numérico
10	caMamaEstadioDx	Estadio de Cáncer de Mama al momento del diagnóstico	<p>Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de mama, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:</p> <p>0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ) 1:= ec IA o 1A 2:= ec IB o 1b 3:= ec IIA o 2a 4:= ec IIB 5:= ec IIIA o 3a 6:= ec IIIB o 3b 7:= ec IIIC o 3c 8:= ec IV o 4 9:= No tiene diagnóstico de cáncer de mama</p>	1	Numérico



PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST022			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
11	caProstataEstadioDx	Estadio Cáncer de Próstata al momento del diagnóstico	<p>Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de próstata, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:</p> <p>0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ) - 7a Edición TNM 1:= ec I o 1 - 7a Edición TNM 2:= ec IIA o 2a - 7a Edición TNM 3:= ec IIB - 7a Edición TNM 4:= ec III o 3 - 7a Edición TNM 5:= ec IV o 4 - 7a Edición TNM 6:= ec IIC o 2c - 8a Edición TNM 7:= ec IIIA o 3a - 8a Edición TNM 8:= ec IIIB o 3b - 8a Edición TNM 9:= ec IIIC o 3c - 8a Edición TNM 10:= ec IVA o 4a - 8a Edición TNM 11:= ec IVB o 4b - 8a Edición TNM 12:= No tiene diagnóstico de cáncer de próstata</p>	2	Numérico
12	caColonRectoEstadioDx	Estadio del Cáncer de Colon y Recto al momento del diagnóstico	<p>Si la neoplasia que está reportando corresponde a cáncer de colon y recto, registre el estadio al momento del diagnóstico según corresponda:</p> <p>0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ) 1:= ec I o 1 2:= ec IIA o 2a 3:= ec IIB 4:= ec IIC o 2c 5:= ec IIIA o 3a 6:= ec IIIB o 3b 7:= ec IIIC o 3c 8:= ec IVA o 4a 9:= ec IVB o 4b 10:= No tiene diagnóstico de cáncer de colon y recto</p>	2	Numérico
13	caCervixEstadioDx	Estadio del Cáncer de Cérvix al momento del diagnóstico	<p>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:</p> <p>0:= estadio clínico (ec) 0 (tumor in situ) 1:= ec I o 1 2:= ec IA o 1A 3:= ec IA1 4:= ec IA2 5:= ec IB o 1b 6:= ec IB1 7:= ec IB2 8:= ec II o 2 9:= ec IIA o 2a 10:= ec IIA1 11:= ec IIA2 12:= ec IIB 13:= ec III o 3 14:= ec IIIA o 3a 15:= ec IIIB o 3b</p>	2	Numérico




PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST022			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			16:= ec IVA o 4a 17:= ec IVB o 4b 18:= ec IIIB o 3b 19:= ec IVA o 4a 20:= ec IVB o 4b 21:= No tiene diagnóstico de cáncer de cérvix		
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:=No 2:=Si 3:=No aplica	1	Númérico
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:= Si recibió 2:= No recibió (en casos donde se indica quimioterapia, pero no recibió) 3:= No Aplica (No está indicada esta terapia)	1	Númérico
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 9191919191	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 9191919191 Nota: 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:= Si recibió 2:= No recibió (en casos donde se indica radioterapia, pero no recibió) 3:= No Aplica (No está indicada esta terapia)	1	Númérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST022			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
19	ipsRT1	Código IPS 1 realización radioterapia	<p>Registre el código REPS (12 dígitos) de la IPS donde el afiliado recibe tratamiento con radiación ionizante (radioterapia) para la neoplasia que está reportando.</p> <p>En caso de que la respuesta en el campo "radioterapia" haya sido 2 (No recibió) o 9 (No Aplica), deberá diligenciar 9191919191</p>	12	Alfanumérico
20	ipsRT2	Código IPS 2 realización radioterapia	<p>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.</p> <p>En caso de que la respuesta en el campo "radioterapia" haya sido 2 (No recibió) o 9 (No Aplica), deberá diligenciar 9191919191</p> <p>Nota: Si el afiliado solo ha recibido radioterapia en una sola institución, se debe diligenciar el código REPS registrado en el campo "ipsRT1"</p>	12	Alfanumérico
21	cirugía	Realización de cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer	<p>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:</p> <p>1:= Si 2:= No</p>	1	Númérico
22	ipsCirugia1	Código IPS 1 realización cirugía	<p>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.</p> <p>En caso de que la respuesta en el campo "cirugía" haya sido 2 (No) 9191919191</p>	12	Alfanumérico
23	ipsCirugia2	Código IPS 2 realización cirugía	<p>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.</p> <p>En caso de que la respuesta en el campo "cirugía" haya sido 2 (No) 9191919191</p> <p>Nota: 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"</p>	12	Alfanumérico

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

Elemento		Archivo Tipo ST022			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
24	novedadClin	Novedad Clínica	Registre la novedad clínica del usuario a la fecha de corte: 0:= Usuario que está en manejo inicial curativo 1:= Usuario que está en manejo inicial paliativo 2:= Usuario que finalizó tratamiento inicial y está en seguimiento luego de remisión 3:= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito curativo 4:= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito paliativo 5:= Usuario que finalizó tratamiento recaída y está en seguimiento luego de remisión 6:= Abandono de tratamiento 7:= Usuario firmó alta voluntaria 8:= Usuario en manejo expectante antes de tratamiento 9:= 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 cáncer 2:= Usuario con un nuevo diagnóstico de cáncer 3:= Usuario con diagnóstico antiguo de cáncer que no había sido incluido en el reporte anterior 4:= Usuario que falleció 5:= Usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento 6:= Usuario con cambio de tipo o número de ID 7:= Usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar 8:= Usuario que se desafilió 9:= Usuario que es notificado con dos o más cánceres en este periodo	1	Numérico


8. 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).

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

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	tipoidAfiado	Tipo de Identificación del Afiado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto de permanencia PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación	2	Texto
2	idAfiado	Número de identificación del Afiado	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:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno	1	Numérico
4	codigoMunicipio	Municipio de Residencia del Afiado	Corresponde al código del municipio del domicilio del afiliado, Tabla de División Política Administrativa – DANE	5	Alfanumérico
5	telefono	Teléfono del Afiado	Registrar el número telefónico de contacto (preferiblemente celular, en caso de registrar fijo poner indicativo del municipio antes del número fijo) Registre si la persona reportada es una gestante, de acuerdo con las siguientes categorías:	10	Numérico
6	gestante	La persona reportada es mujer gestante	1:= Mujer que está embarazada al finalizar el periodo de observación. 2:= Mujer que estuvo embarazada y cuya gestación terminó durante el periodo de observación (gestación que terminó por parto o aborto)	1	Numérico



PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			3:= Mujer no embarazada durante el periodo de observación. 4:= No aplica.		
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:= No 1:= Sí	1	Número
8	tipoldMadreAfilado	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 ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso Especial de Permanencia RC:= Registro civil TI:= Tarjeta de identidad CN:= Certificado de nacido vivo AS:= Adulto sin identificar MS:= Menor sin identificar NA:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH)	2	Texto
9	idMadreAfilado	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")	16	Alfanumérico
10	madreDxConfirmado	¿La madre del menor de 12 meses expuesto al VIH tiene confirmado el diagnóstico de VIH?	En caso de tratarse de un Adulto sin identificación o Menor sin identificación, diligenciar 123 Registre si la madre del menor de 12 meses expuesto al VIH tiene confirmado el diagnóstico de VIH. 0:= No 1:= Si 2:= No aplica (no es menor de 12 meses expuesto al VIH)	1	Número
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	Número
12	fechaPrimCVmenor	Fecha de la primera carga viral para VIH en el menor de 12	Registre en el formato AAAAMDD la fecha en que se realizó la primera carga viral en el menor de 12 meses expuesto al VIH.	8	Número Fecha con formato AAAAMDD



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

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
13	primeraCVmenor	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.		
		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 AAAAMDD 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 AAAAMDD
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 AAAAMDD 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	8	Numérico Fecha con formato AAAAMDD



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

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			menor de 12 meses expuesto al VIH, diligenciar 18000102.		
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 VIH 2:= Se descartó infección por VIH 3:= Aún no se ha definido la condición del menor 4:= 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 AAAAMDD 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	estadiIncialDx	Estadio clínico al momento del diagnóstico (para niños, niñas, adolescentes y adultos)	Registre el estadio clínico de la persona que vive con VIH al momento del diagnóstico. Utilice el sistema de clasificación del CDC 2014. 0:= Estadio 0 1:= Estadio 1 2:= Estadio 2	1	Numérico



PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
22	motivoTAR	Motivo de inicio de la TAR	<p>3:= Estadio 3 4:= Estadio desconocido 5:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH)</p> <p>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 VIH 7:= 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)</p>	2	Número



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

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
23	sida	Patologías que definen SIDA	<p>Registre si ha tenido alguna de las patologías que definen SIDA: 0:= No 1:= Si</p> <p><i>Patologías que definen SIDA:</i> * 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)</p>	1	Número
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	<p>Registre la fecha de último control por infectología en el formato AAAAMDD.</p> <p>En caso de no haber tenido controles por infectología, diligenciar 18000101.</p>	8	Número Fecha con formato AAAAMDD
26	estadioActualDx	Estadio clínico actual (para niños, niñas, adolescentes y adultos)	<p>Utilice el sistema de clasificación del CDC 2014. En pacientes con novedad de abandono, desafiado o fallecido, se reporta el último dato, así sea un dato por fuera del período de reporte.</p> <p>0:= Estadio 0</p>	1	Número




PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			1:= Estadio 1 2:= Estadio 2 3:= Estadio 3 4:= Estadio desconocido 5:= No aplica (persona sin diagnóstico confirmado de infección por VIH)		
27	coinfecciones	Coinfecciones que afectan actualmente al usuario	Registre si el paciente actualmente o en el último periodo presentó: 1:= Coinfección con hepatitis B crónica 2:= Coinfección con hepatitis C crónica 3:= Tiene o ha tenido otras infecciones de transmisión sexual diferentes a sífilis o hepatitis B en los últimos 12 meses 4:= Tiene o tuvo coinfección con tuberculosis activa en los últimos 12 meses 5:= 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 y Tiene 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 periférica 2:= Lipoatrofia o lipodistrofia 3:= Cirrosis hepática 4:= Enfermedad renal crónica por VIH 5:= Enfermedad coronaria 6:= Neoplasia no relacionada con Sida 7:= Discapacidad funcional 8:= 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	Registre en el formato AAAAMDD la fecha en que se realizó el último conteo de linfocitos T CD4. Si conoce solo el año registre como mes 06 y como	8	Numérico Fecha con formato AAAAMDD



PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
		realizado en el último periodo	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.		
31	cargaViralActual	Valor de la última carga viral para VIH realizada en el último periodo	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 periodo	Registre en el formato AAAAMDD 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 AAAAMDD
33	tarActual	TAR actualmente	Registre sí el afiliado se encuentra en TAR actualmente según la opción correspondiente: 1:= Sí recibe TAR actualmente 2:= 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 TAR 7:= 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 VIH 2:= Usuario antiguo en la entidad que se le realizó diagnóstico nuevo de infección por el VIH 3:= 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 desafilió	2	Numérico

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

Elemento		Archivo Tipo ST023			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			6:= 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.		

9. 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	tipodAfiado	Tipo de Identificación del Afiado	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo	2	Texto




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

Elemento		Archivo Tipo ST024			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación		
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 Política 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	Númérico
5	grupoEtnico	Pertenencia a grupo étnico	Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado: 1:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno	1	Númérico
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 clasificar 1:= Leve 2:= Moderado 3:= Grave 4:= Muy grave	1	Númérico
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	Númérico
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	Númérico
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	Númérico



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

Elemento		Archivo Tipo ST024			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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 oxígeno-requiriente	Registre si el paciente es oxígeno-requiriente, así: 1:= Si 2:= No	1	Numérico
17	entregaOxig	Suministro de oxígeno	Si el paciente es oxígeno-requiriente, 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 anterior 1:= Persona que falleció 2:= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de EPOC 3:= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de EPOC 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 ubicar 7:= 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

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

10. 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 ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo NU:= Número único de identificación personal AS:= Adulto sin identificación MS:= 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:= Indígena 2:= Afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Raizal 4:= Rom 5:= Palenquero 6:= Ninguno	1	Númérico




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

Elemento		Archivo Tipo ST025			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
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 Cardíaca	Registre el diagnóstico con el cual fue confirmada la insuficiencia cardíaca en el usuario de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10	4	Alfanumérico
8	estadioIC	Estadio de insuficiencia cardíaca - ACC/AHA	Registre el estadio de la insuficiencia cardíaca así: 1:= Estadio A 2:= Estadio B 3:= Estadio C 4:= Estadio D 5:= No cuenta con la clasificación	1	Numérico
9	claseNYHA	Clase funcional NYHA	Registre la clase funcional NYHA así: 1:= I 2:= II 3:= III 4:= IV 5:= 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:= Si 2:= 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 cardiodesfibrilador 1:= Si 2:= 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



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

Elemento		Archivo Tipo ST025			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
14	marcapaso	Tiene implantado marcapasos definitivo	Registre si el paciente tiene implantado marcapasos definitivo, así: 1:= Si 2:= 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:= Si 2:= No	1	Numérico
17	progCincardiaca	Es atendido en programa de clínica cardiaca	Registre si el paciente es atendido en el programa de clínica cardiaca, así: 1:= Si 2:= No	1	Numérico
18	fecUltValClicard	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	numContClicard	Número de controles realizados por el programa de clínica cardiaca durante el periodo de reporte	Registre el número de controles realizados por el programa de clínica cardiaca durante el periodo de reporte	2	Numérico
20	oxigeno	Paciente oxigenorrequiriente	En el caso de que el usuario se encuentre en el programa de clínica cardiaca pero no tuvo controles durante el periodo a reportar, diligenciar "99"	1	Numérico
21	entregaOxig	Suministro de oxigeno	Registre si el paciente es oxigenorrequiriente, así: 1:= Si 2:= No	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
22	novedad	Novedades con respecto al reporte anterior	Si el paciente es oxigenorrequiriente, especifique la fecha de último suministro en el formato AAAAMMDD. De lo contrario, diligenciar "18000101"	1	Numérico
			Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 0:= No hay novedad respecto al reporte anterior 1:= Persona que falleció 2:= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de insuficiencia cardiaca 3:= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca 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 ubicar 7:= 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		

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

Elemento		Archivo Tipo ST025			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			insuficiencia cardiaca que no había sido incluido en reporte		

V. 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.

VI. 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