

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

CIRCULAR EXTERNA 202315000000006-5 DE 2023

29-03-2023

PARA: EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, INCLUYENDO INDIGENAS, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES PERTENECIENTES A LOS REGÍMENES EXCEPTUADOS Y ESPECIALES, ENTIDADES TERRITORIALES, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS, PÚBLICOS Y MIXTOS

DE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL FLUJO DE RECURSOS, Y SE MODIFICAN EL ARCHIVO TIPO FT025 DE LA CIRCULAR EXTERNA 014 DE 2020 Y EL ARCHIVO TIPO ST010 DE LA CIRCULAR EXTERNA 008 DE 2018.

FECHA: 29-03-2023

I. ANTECEDENTES

El artículo 48 de la Constitución Política, establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable. A su vez, en los términos del artículo 49 ibidem, la atención de la salud constituye un servicio público a cargo del Estado cuyo acceso en lo relativo a la promoción, protección y recuperación de la salud se encuentra garantizado.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en sus dimensiones individual y colectiva, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, son integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros, las Entidades Promotoras de Salud, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Corresponde a las primeras cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, a las segundas cumplir las funciones de dirección del sector salud en sus jurisdicciones, de prestación de servicios de salud, de salud pública y de aseguramiento en los términos de la Ley 715 de 2001, y a las terceras prestar servicios de salud en su nivel de atención a los afiliados y beneficiarios del Sistema.

En los términos del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Territoriales y los Prestadores de Servicios de Salud son actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debiendo, las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales pagar a los Prestadores de Servicios de Salud por los servicios suministrados y estas últimas al personal que tengan vinculado.

Respecto del pago a los prestadores de servicios de salud y la posibilidad de glosar la facturación presentada por estos se ocupan los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, así como el Decreto 780 de 2016, sustituido parcialmente por el Decreto 441 de 2022, que reglamenta lo relacionado con algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o Proveedores de Tecnologías en Salud en sus etapas precontractual, contractual y post contractual.

En aras de agilizar el flujo de recursos hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, concordante con el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, creó la figura de giro directo, que permite que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud realice el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación de los regímenes contributivo y subsidiado, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios.

Tratándose del giro directo de recursos en el régimen subsidiado, las disposiciones normativas pertinentes se encuentran contenidas en los artículos 31 de la Ley 1438 de 2011, 2.3.2.2.10 y 2.3.2.2.11 del Decreto 780 de 2016 y para el caso del giro directo de recursos en el régimen contributivo, las disposiciones aplicables se encuentran a partir del artículo 2.6.4.3.1.3:1 del precitado decreto, preceptos que guardan concordancia con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, que aplica para las entidades que se encuentran en medida de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.

Mediante las Resoluciones 3503 de 2015, modificada por la Resolución 2916 de 2018 y 1587 de 2016 cuyo anexo técnico fue sustituido por la Resolución 3110 de 2018 todas del Ministerio de Salud y Protección Social, se establecieron los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos del Régimen Contributivo de las EPS que no cumplan metas del régimen de solvencia, el mecanismo y estructura que las EPS que operan el régimen subsidiado deben seguir para el reporte de los montos a girar a las instituciones prestadoras de servicios de salud y para el registro de las cuentas bancarias para efectuar el giro en el régimen contributivo.

Adicionalmente, a través del Decreto 647 de 2022 que adicionó el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 se estableció la prelación en el pago y el giro directo del valor de las atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso a través de la Resolución 2809 de 2022 "Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones" específicamente en los artículos 6 y 16, el porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen contributivo y subsidiado, así:

"(...) Artículo 6. Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen contributivo. Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas deberán reflejar el incremento de la Unidad de Pago por Capitación – UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían prestando y que corresponde a 16,23%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que esta adopte. (...)"

"(...) Artículo 16. Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el Régimen Subsidiado. Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar el incremento de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían prestando y que corresponde al 16,23%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten. (...)"

Sumado a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular Externa 00000054 el 30 de diciembre de 2022, en la cual se reitera lo establecido

adoras de
ante con el
que permite
realice el giro
regímenes
en dichos

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

2023150000000006-5

en la Resolución 2809 de 2022 y recuerda que si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del ajuste de la UPC para el 2023, las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y las entidades adaptadas no han logrado acuerdo sobre el incremento con las Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS de salud públicas o privadas, deberán aplicar los porcentajes establecidos en la circular, de conformidad con lo establecido el parágrafo del artículo 2.5.3.5.3 del Decreto 780 de 2016.

De acuerdo con lo anterior y con el fin de generar las herramientas necesarias para la verificación del adecuado flujo de recursos entre los participantes del proceso de prestación de servicios de salud, el aumento de la UPC conforme a lo establecido en la Resolución 2809 de 2022 y el cumplimiento de la Circular Externa 0054 de 2022 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta Superintendencia imparte las siguientes instrucciones a las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, incluyendo las indígenas, entidades adaptadas, entidades pertenecientes a los regímenes exceptuados y especiales, entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas, empresas de medicina prepagada y prestadores de servicios de salud privados, públicos y mixtos.

II. INSTRUCCIONES

PRIMERA. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo las Indígenas, y las Entidades Adaptadas (EA), deben cumplir con la normativa vigente relativa a los acuerdos de voluntades en el sector salud, con el objeto de garantizar el acceso continuo de los usuarios a la prestación o provisión de los servicios o tecnologías en salud, producto del flujo constante de los recursos públicos destinados para tal fin, especialmente con lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y la Resolución 2809 de 2022.

SEGUNDA. De conformidad con el porcentaje del incremento establecido en los artículos 6 y 16 de la Resolución 2809 de 2022, las entidades referidas en la instrucción primera deben publicar en su página Web, a más tardar el 30 de abril de 2023, el registro del valor transferido a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos y Proveedores de Tecnologías en Salud, informando a estos el enlace dispuesto para su consulta antes de la fecha límite de publicación.

Vencido dicho plazo, los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud contarán con 10 días para informar a esta Superintendencia, si dicha publicación no corresponde con lo efectivamente girado.

PARÁGRAFO PRIMERO. El registro deberá contener como mínimo la siguiente información:

- i. NIT y nombre del Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud.
- ii. Identificación del contrato, información que debe coincidir con el reporte realizado en el archivo tipo ST010.
- iii. Fecha de giro del incremento (formato DD/MM/AAAA).
- iv. Valor transferido por concepto de incremento de UPC.

El archivo dispuesto para consulta deberá contar con una versión para descarga en formato Excel (.XLS o .XLSX).

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las entidades deberán contar con los soportes del cumplimiento de las instrucciones impartidas, los cuales podrán ser solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en el momento que este considere pertinente.

TERCERA. Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluye las Indígenas, Entidades Adaptadas, Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deberán fortalecer sus procesos con el fin garantizar el pago de los servicios a su red en los tiempos establecidos en la normativa vigente, permitiendo a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos y Proveedores de Tecnologías en Salud ofrecer a sus usuarios una atención oportuna, continua y de calidad. Al margen de lo anterior, las entidades encargadas del aseguramiento en salud no pueden incurrir en acciones que afecten y generen un riesgo para la operación del Sistema de Salud o vulneraciones del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

CUARTA. Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo las Indígenas, y las Entidades Adaptadas, deben cumplir con la instrucción TERCERA del aparte "II. Instrucciones" de la Circular Externa 008 de 2020, modificada por la Circular Externa 056 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Para tal efecto, la publicación deberá cumplir con los siguientes lineamientos:

1. La publicación debe hacerse en el micrositio de rendición de cuentas.
2. La publicación debe realizarse en formato Excel (.XLS o .XLSX), incluyendo en una misma hoja lo correspondiente a ambos regímenes, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles después de la fecha de corte.
3. La publicación debe realizarse para **cada mes** de manera separada y cuando se presente una variación en la información, para lo cual deberá generar y publicar el archivo correspondiente, especificando la versión consecutiva a la inicialmente reportada y con las mismas especificaciones enunciadas
4. Encabezado que especifique como mínimo la razón social de la entidad, Número de Identificación Tributaria (NIT), nombre del reporte "Pagos realizados a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnologías en Salud", mes de corte, fecha de publicación y número de versión publicada, como se muestra a continuación:

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD XXXX

NIT

PAGOS REALIZADOS A LOS PSS Y PROVEEDORES DE TECNOLOGIAS EN SALUD

MES DE CORTE MES AÑO

FECHA DE PUBLICACION: DD/MM/AAAA

NUMERO DE VERSION PUBLICADA: XX

5. Tabla que inicie en la **celda A7** con encabezados que contenga las siguientes variables:
 - i. **Régimen:** Especificar el régimen al que corresponde la facturación y costo objeto de pago: a) Régimen Subsidiado, b) Régimen Contributivo. **Solo debe indicarse la letra que relaciona el régimen (a, b).**
 - ii. **NITProveedor:** Número de Identificación Tributaria (NIT) de la PSS y proveedor de servicios y tecnologías en salud beneficiario del pago, sin puntos ni dígito de verificación.
 - iii. **NombreProveedor:** Nombre o razón social, como aparece en el certificado de existencia y representación legal de la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud beneficiario del pago.
 - iv. **FuenteRecursos:** Fuente de los recursos de la EPS, EPS- I / EA para pago: a) Unidad de Pago por Capitación, b) Presupuesto Máximo, c) No UPC saneamiento No PBS, d) Liberación de reservas técnicas, e) recobros, f) Otros Ingresos. Lo anterior, teniendo en cuenta el uso

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

2023150000000006-5

mancomunado de recursos. **Solo debe indicarse la letra que relaciona la fuente de recursos (a, b, c, d, e, f).**

- v. **OtraFuenteIngresos:** En aquellos casos en que se haya seleccionado la opción f) del literal iv), debe describirse de forma breve la misma; en caso contrario escribir NA.
- vi. **MedioPago:** Medio a través del cual se realiza el pago: a) tesorería, b) giro directo autorizado por la EPS y realizado por parte de la ADRES, c) Otros mecanismos. **Solo debe indicarse la letra que relaciona el medio de pago (a, b, c).**
- vii. **OtroMedio:** En aquellos casos en que el pago se haya realizado a través de otro medio, esto es opción c) del literal vi), debe describirse de forma breve el mismo; en caso contrario escribir NA.
- viii. **FechaPago:** Fecha en la cual la EPS, EPS- I / EA efectúa el pago a la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud. Formato: DD/MM/AAAA
- ix. **ValorPago:** Valor del pago efectuado a la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud por parte de la EPS, EPS- I /EA. Esto debe incluir el pago de los costos corrientes, de cuentas por pagar o anticipos realizados durante el período de reporte que corresponda. Los valores deben expresarse en pesos colombianos.
- x. **FechaCosto:** Día, mes y año al cual corresponde la facturación que se está pagando. Formato: DD/MM/AAAA
- xi. **ModalidadPago:** El valor pagado corresponde a la siguiente modalidad de pago: pago 1: = Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta; 2: = Pago Global Prospectivo; 3: = Pago por Capitación; 4: = Pago por evento; 5: = Otro. **Solo debe indicarse el número que relaciona la modalidad de pago (1, 2, 3,4, 5).**
- xii. **AtenciónCáncer:** Se debe señalar si los pagos corresponden a servicios o tecnologías en salud para la atención a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer: 1: = Atención cáncer población menor de edad y 0: = otra atención. **Solo debe indicarse el número (1, 0).**

6. Los ajustes a reportes anteriores que deban hacer las entidades para dar cumplimiento a esta instrucción deberán realizarse a más tardar el 15 de abril de 2023.

QUINTA. Se modifica el Anexo Técnico **Archivo Tipo FT025 - Reporte de Facturación Radicada por PSS a entidades del aseguramiento en salud**, de la Circular Externa 0014 de 2020, el cual quedará así.

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas del Grupo B, C1 (CE 2021170000005-5 de 2021 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Mensual

FECHA DE CORTE: Último día de cada mes

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año (diciembre 31), el reporte se hará hasta el 20 de febrero del año siguiente

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

PERIODICIDAD: Mensual

FECHA DE CORTE: Último día de cada mes

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año (diciembre 31), el reporte se hará hasta el 20 de febrero del año siguiente.

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas de los Grupos C2, D1, D2 y D3 (CE 2021170000005-5 de 2021 y normas que la modifiquen o sustituyan) y Transporte Especial de Pacientes.

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: 30 de junio y 31 de diciembre de la vigencia.

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año (diciembre 31), el reporte se hará hasta el 20 de febrero del año siguiente.

FT025					
	Elemento	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro Permitido
#	Identificador				
1	NIT	Número de identificación tributaria	Corresponde al Número de identificación tributaria de la entidad responsable del aseguramiento. Nota: No incluir el dígito de verificación.	16	Alfanumérico
2	razonSocial	Razón social	Razón social de la entidad responsable del aseguramiento.	150	Texto
3	tipoAseguramiento	Tipo Aseguramiento	Registre el tipo de aseguramiento al que corresponde la facturación o ingreso recaudado: 1:= Contributivo 2:= Subsidiado 3:= Aseguramiento Voluntario (Empresas de medicina prepagada, Servicios de ambulancia prepagada) 4:= Exceptuado y Especial 5:= Entidad territorial por PNA. 6:= Entidad territorial por PIC 7:= Pólizas de salud 8:= ARL 9:= SOAT	1	Numérico
4	ModalidadPago	Facturación por modalidad pago	Registrar la modalidad de pago en la facturación radicada. 1:= Capitación 2:= Evento 3:= Pago Global Prospectivos 4:= Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta 5:= Grupo Relacionado de Diagnóstico 6:= Otra	1	Numérico
5	OtraModalidad	Otro tipo de modalidad pago	Si en el campo "ModalidadPago" registró la opción "6:= Otros"; enumere en este campo la otra modalidad de pago. En caso contrario registre "NA".	50	Alfanumérico
6	Ingresos	Ingreso total recaudado	Registrar el valor <u>acumulado en lo corrido del año hasta la fecha de corte</u> de los ingresos recaudados por ventas realizadas durante vigencia, o por recaudo de cartera pendiente de cobro. Debe incluir el valor total recibido incluyendo cualquier origen del pago como giro directo, tesorería, entre otros.	16	Numérico
7	ValorFacturacion	Valor total facturación Radicada	Registrar el valor <u>acumulado en lo corrido del año hasta la fecha de corte</u> de la facturación radicada.	16	Numérico

PARAGRAFO PRIMERO Debido a la falta de calidad del reporte, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las Privadas del Grupo C1 deberán retransmitir el **Archivo Tipo FT025** con corte a 31 diciembre de 2022, enero, febrero de 2023 entre el 4 y 10 de mayo de 2023. Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas de los Grupos C2, D1, D2 y D3 (CE 2021170000005-5 de 2021 y normas que la modifiquen o sustituyan) y Transporte Especial de Pacientes deberán retransmitir el **Archivo Tipo FT025** con corte a 31 diciembre de 2022 entre el 4 y 10 de mayo de 2023.

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

2023150000000006-5

PARAgraFO SEGUNDO: Para las entidades con reporte mensual, de manera excepcional el reporte con corte a marzo de 2023 se deberá realizar entre el 4 y 10 de mayo de 2023.

PARAgraFO TERCERO: Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas del Grupo B (CE 20211700000005-5 de 2021, el primer reporte del Archivo Tipo FT025 se debe realizar con corte a marzo de 2023 entre el 4 y 10 de mayo de 2023.

SEXTA. Se modifica el Anexo Técnico Archivo Tipo ST010 - Red de Proveedores de Servicios de Salud, Insumos y Medicamentos, de la Circular Externa 008 de 2018, el cual quedará así:

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entidades Adaptadas al Sistema, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, y, Entidades Pertenecientes a los Regímenes Exceptuados y Especiales, Entidades Territoriales Departamentales y Distritales.

PERIODICIDAD: Trimestral, cuando se realice actualización de la red o si durante la vigencia canceló o terminó los contratos.

FECHA DE CORTE: Último día de cada trimestre.

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte o cuando se realice actualización de la red.

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Empresas de Medicina Prepagada.

PERIODICIDAD: Semestral o cuando se realice actualización de la red.

FECHA DE CORTE: Último día de cada semestre.

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte o cuando se realice actualización de la red.

ST010					
#	Elemento Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro Permitido
1	tipoReporte	Tipo reporte	"Registre el tipo de reporte al que corresponda la información: 1:= Reporte periódico 2:= Actualización de la red	1	Numérico
2	lineaNegocio	Línea de Negocio	Registre la línea de negocio a la cual aplica el contrato: 1:= Aseguramiento Obligatorio 2:= Aseguramiento Voluntario	1	Numérico
3	Régimen	Régimen	Registre el régimen que aplique: 1:= Contributivo 2:= Subsidiado 3:= Voluntario 4:= Exceptuado y Especial 5:= No aplica, Si el reporte es de entidad territorial Si el contrato corresponde a más de un régimen diligencie los números sin separación. Ejemplo: si aplica el tipo 1 y 3, diligenciar "13"	3	Numérico
4	tipoidProveedor	Tipo de identificación del proveedor	Tipo de documento de identificación del proveedor: NI: = NIT CC: = Cédula de ciudadanía CE: = Cédula de extranjería PT: = Permiso de Protección Temporal DE: = Documento Extranjero CD: = Carne Diplomática PE: = Permiso Especial de Permanencia PA: = Pasaporte SC: = Salvoconducto RC: = Registro Civil TI: = Tarjeta de Identidad CN: = Certificado de nacido vivo NN: = Número de la identificación	2	Texto

Elemento		ST010			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro Permitido
			personal AS: = Adulto Descripción MS: = Menor sin identificación OT: = Otro		
5	idProveedor	Número de identificación del proveedor	Diligencie el Número de Identificación del proveedor.	17	Alfanumérico
6	tipoServicio	Tipo de producto o servicio	Registre el tipo de producto o servicio incluido en el contrato: 1:= Servicios de Salud 2:= Medicamentos 3:= Dispositivos Médicos Si el contrato incluye más de una de las opciones anteriores, diligencie los números sin separación. Ejemplo: si aplica el tipo 2 y 3, diligenciar "23"	3	Numérico
7	TipoRelación	Tipo de relación contractual	Registre el tipo de relación que existen entre partes: 1: = Cartas de intención 2: = Acuerdo de voluntades 3: = Contratos vigentes	1	Numérico
8	idContrato	Identificación de contrato	Relacione el número o código de identificación del contrato vigente	20	Alfanumérico
9	Póliza	Póliza de cumplimiento	Registre si el contrato tiene póliza de cumplimiento: 1:= Si 2:= No	1	Numérico
10	poblacionCon	Población total cubierta por el contrato	El número de afiliados cubierto por el contrato Si no aplica diligenciar 0	8	Numérico
11	fechaInicioCon	Fecha de inicio del contrato	Registre la fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
12	fechaFinCon	Fecha de terminación del contrato	Registre la fecha de terminación del contrato	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
13	Renovación	Renovación automática	Registre si el contrato tiene renovación automática: 1:= Si 2:= No	1	Numérico
14	ModalidadPago	Modalidad de pago	Registre la modalidad de pago aplicado a los acuerdos de voluntades 1:= Pago por evento 2:= Pago por Capitación 6:= Otro 7:= Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta 8:= Pago Global Prospectivo Si el contrato tiene más de un tipo de contratación, diligencie los números sin separación. Ejemplo: si aplica el tipo 1 y 7, diligenciar "17"	5	Numérico
15	otraModalidad	Otra modalidad	Si en el campo "ModalidadPago" de modalidad de pago marcó 5= Otro, registre el tipo de modalidad. Registre 0 si seleccionó alguno de los tipos de contratación en el campo anterior "tipoModalidadPago"	1000	Alfanumérico
16	modificacion	Modificación al contrato	Registre si el contrato tuvo modificaciones: 1:= Si 2:= No 3:= NA	1	Numérico
17	tipoMod	Tipo de modificación	Registre si el contrato tuvo alguna modificación con respecto al inicial, diligencie según corresponda: 0:= No tuvo modificación	1	Numérico

2023150000000006-5

Elemento		ST010			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro Permitido
			1:= Prórroga 2:= Otros/ 3:= Adición 4:= NA		
18	vrContrato	Valor total del contrato	Registrar el valor total del contrato	10	Numérico
19	estadoCon	Estado del contrato	Clasificación del estado en que se encuentra el contrato, según las opciones dadas: 1:= En ejecución 2:= Cancelado / Terminado 3:= NA 4:= Liquidado		
20	unionTemporal	Unión Temporal	Registre si la entidad hace parte de una Unión Temporal o Consorcio 0:= No aplica 1:= Unión Temporal 2:= Consorcio	1	Numérico
21	idUnionTemporal	Número de identificación de la Unión Temporal o Consorcio.	Diligencie el Número de identificación de la Unión Temporal o Consorcio Si el proveedor no hace parte de una Unión temporal no aplica, por lo que se debe escribir 1234.	17	Alfanumérico
22	tipoProveedor	Tipo de proveedor	Registre el tipo de proveedor con el que contrata 1:= Prestadores de Servicios de Salud (IPS, Profesionales, Independientes, Transporte Especial de Pacientes) 2:= Gestores Farmacéuticos 3:= Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud Si el contrato incluye más de una de las opciones anteriores, diligencie los números sin separación. Ejemplo: si aplica el tipo 1 y 3, diligenciar "13"	3	Numérico
23	tipoRed	Red	Si es Prestador de Servicios de Salud registre la red a la que pertenece 0:= No pertenece a ninguna de las listadas 1:= Cáncer Infantil 2:= Eutanasia 3:= Suicidio asistido 4:= Discapacidad 5:= Interrupción Voluntaria del Embarazo	5	Numérico

PARAGRAFO. Para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entidades Adaptadas al Sistema, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, y, Entidades Pertenecientes a los Regímenes Exceptuados y Especiales, Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, los ajustes del archivo tipo ST010 deberán verse reflejados con corte a 31 de marzo de 2023, **con fecha de envío entre el 24 y 28 de abril de 2023**, y para las Empresas de Medicina Prepagada, los ajustes deberán verse reflejados con corte a junio de 2023 con fecha de envío 20 de julio de 2023.

Los siguientes reportes deberán realizarse en las fechas establecidas del archivo tipo **ST010 - Red de Proveedores de Servicios de Salud, Insumos y Medicamentos**.

III. SANCIONES

De conformidad con lo establecido en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por los artículos 2 y 3 de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular dará lugar a la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

previo agotamiento del debido proceso administrativo, esto, 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.

IV. VIGENCIA

La presente Circular rige a partir de la fecha de su publicación y promulgación en el Diario Oficial.

Dada en Bogotá D.C., a los 29 días del mes 03 de 2023.

Firmado electrónicamente por: Ulahi Dan Beltrán López

ULAHI DAN BELTRÁN LÓPEZ
Superintendente Nacional de Salud

Proyectó: Ana Milena Henao - Profesional Especializado Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento
Lorena Viviana Ponce - Profesional Especializado Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento

Revisó: Omar Hernán Guaje Miranda - Director de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento
Diana Julieta Díaz Castellanos - Profesional Especializado Dirección de Innovación y Desarrollo
Ana Paola Cipagauta, Nicolás Romero Castaños e Isabel Cristina Espinosa Castillo - Profesionales Especializados Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión

Aprobó: María Isabel Ángel Echeverry - Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud
Beatriz Eugenia Gómez Consuegra - Delegada para Prestadores de Servicios de Salud
Elsa Patricia Lozano Guarino - Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS (E)
Diana Sofía Chávez Gutiérrez - Directora de Innovación y Desarrollo (E)
Diana Cecilia Sarruf Romero - Directora Jurídica