

N° 061-2005-SEPS/S
Lima, 03 de Noviembre de 2005

VISTOS:

El Informe N° 0057-2005/IG de la Intendencia General, el Informe N° 00206-2005/IRD de la Intendencia de Regulación y Desarrollo, el Informe Jurídico N° 00198-2005/OAJ de la Oficina de Asuntos Jurídicos; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), mediante Resolución de Superintendencia N° 019-2005-SEPS/CD aprobó las normas sobre transmisión electrónica de información estandarizada de las prestaciones de salud que brindan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) a los afiliados al Sistema Complementario de Seguridad Social en Salud;

Que, conforme a lo dispuesto en la citada Resolución de Superintendencia, la transmisión de datos de las EEVV (empresas y entidades que prestan servicios de salud vinculados a los planes de salud de las EPS) hacia las EPS se efectuará utilizando un conjunto de tablas y estándares denominados modelo TEDEF-EV, en tanto que la transmisión de datos desde las EPS a la SEPS, se efectuará utilizando un conjunto de tablas y estándares denominados modelo TEDEF-EPS.

Que, el artículo 11° de la referida Resolución establece que el Superintendente aprobará el modelo TEDEF-EV y el modelo TEDEF-EPS y dictará las normas complementarias que resulten necesarias para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en dicha Resolución, con cargo a dar cuenta al Consejo Directivo;

Que, conforme a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones de la SEPS, aprobado mediante Resolución de Superintendencia N° 029-2001-SEPS/CD, corresponde al Superintendente emitir las resoluciones y normas en materia de su competencia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el modelo TEDEF-EV, descrito en el Anexo N° 1, y el modelo TEDEF-EPS, descrito en el Anexo N° 2, con la estructura de datos especificada en las seis (6) tablas de cada uno de los Anexos, de acuerdo al siguiente detalle:

- Tabla 1: Cabecera del Documento Facturador
- Tabla 2: Características Generales de la Atención
- Tabla 3: Detalle de los Servicios de la Atención
- Tabla 4: Detalle de los Diagnósticos de la Atención
- Tabla 5: Detalle de los Productos de Farmacia
- Tabla 6: Detalle del Servicio Odontológico

Artículo 2°.- Los procedimientos estandarizados para denominar o nombrar los archivos magnéticos y el mensaje mediante el cual serán transmitidos se describen en el Anexo N° 3 de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Las EEVV incluidas en el listado a que hace referencia el artículo 6° de la Resolución de Superintendencia N° 019-2005-SEPS/CD se muestran en el Anexo N° 4 de la presente Resolución. Las EPS recibirán la transmisión electrónica de las EEVV según el siguiente cronograma:

- a) De las EEVV consignadas con los números 1 al 10, a más tardar el 28 de febrero de 2006.
- b) De las EEVV consignadas con los números 11 al 15, a más tardar el 30 de junio de 2006.
- c) De las EEVV consignadas con los números 16 al 20, a más tardar el 30 de setiembre de 2006.

Artículo 4°.- Las EPS transmitirán a la SEPS los datos del modelo TEDEF-EPS dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes siguiente al reportado, comprendiendo la información que hayan recibido durante el período establecido entre el primer y el último día del mes reportado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 7° de la Resolución de Superintendencia N° 019-2005-SEPS/CD.

Artículo 5°.- Los Anexos N°s 1, 2, 3 y 4 mencionados en los artículos 1°, 2° y 3° de la presente Resolución, se encontrarán publicados en la página WEB de la SEPS: www.seps.gob.pe/normatividad/formatos.htm.

Artículo 6°.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**CÉSAR AUGUSTO DONAYRE CÁRDENAS
SUPERINTENDENTE**

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS		
--- De la Cabecera ---							
1	Fecha Envío	Fecha de realización del proceso de traspaso en formato: AAAAMMDD.	Si	C1	El campo debe contener una fecha válida.	8	1
2	Hora de Envío	Hora de realización del proceso de traspaso en formato: HHMMSS, donde HH toma valores entre 00 hasta 23.	Si	C1	El campo debe contener una hora válida.	6	9
3	Tipo de Lote	De acuerdo a la Clasificación definida con las EPS y la Entidad Vinculada. 01. EPS 02. Otros diferentes a EPS.	Si	C1	El campo debe contener valores '01' ó '02'.	2	15
4	Número de Lote	Correlativo del número de Lote de acuerdo al Tipo.	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	7	17
--- Del Financiado ---							
5	Código Financiado	Número de registro expedido por la SEPS y que figura en la Resolución de Autorización de Funcionamiento. Se consignará los dos últimos dígitos del segundo numeral. Ejemplo: en 98-0001-A se consignará 01. Los valores posibles son: 02 - Rimac Internacional 05 - PacificoSalud.	Si	C1	El campo debe contener valores '02' ó '05'.	2	24
--- De Cuerpo del Documento Facturador ---							
6	RUC Facturador	RUC de la Entidad Vinculada Facturadora.	Si	C1 C2	El campo no debe estar en blanco o nulo. El campo debe contener un RUC válido.	11	26
7	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento principal o anexo de la entidad facturadora según SUNAT	Si			5	37
8	Tipo Documento Pago	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Ticket o cinta emitido por máquina registradora. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1	El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	42
9	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número).	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	44
10	Tipo de Entidad Facturadora	T. Entidades Vinculadas (Prestaciones Directas). S. Administradora de Servicios por Terceros (Prestaciones Indirectas).	Si	C1	El campo debe contener valores 'T' o 'S'.	1	55
11	Fecha Emisión	Fecha de emisión del Documento de Pago en formato: AAAAMMDD.	Si	C1	El campo debe contener una fecha válida.	8	56
12	Código de Mecanismo de Pago	01. Pago por Servicio: Pago según lo gastado en la atención y bajo la condición de que se trate de gastos cubiertos en el plan de salud del paciente. 02. Paciente mes: Asignación de un monto mensual convenido entre EPS y EEVV para la prestación ambulatoria del paciente en el mes, activado si se da la demanda de servicios 05. Capitación: Mecanismo de pago en el cual el financiamiento no depende de la utilización que haga el asegurado de los servicios de salud, sino que los proveedores reciben una cantidad fija acordada de antemano por cada asegurado que se inscriba con ellos. 06. Paquete quirúrgico: Asignación de un monto fijo convenido entre EPS y EEVV por tipo de intervención quirúrgica y que cubre los gastos convenidos 07. Pago Fijo por atención: Asignación de un monto convenido entre EPS y EEVV por cada prestación realizada. 08. Otros	Si	C1	El campo debe contener valores '01', '02', '05', '06', '07' u '08'.	2	64
13	Cantidad de prestaciones por Documento Facturador	Número de prestaciones que corresponden a un expediente de facturación, lo que será detallado en la tabla 2 - características generales de la prestación. Se define a PRESTACION DE SALUD como la acción mediante la cual un profesional de salud brinda servicios de prevención de enfermedades, promoción de estilos de vida saludables o recuperación de la salud en CONSULTORIO EXTERNO, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA, DOMICILIO o CONSULTORIO EN ENTIDADES EMPLEADORAS. Se cuenta como UNA PRESTACIÓN a la agregación del servicio brindado en los ambientes precitados más los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico originados a partir de él.	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	66
--- En Caso de Paciente Mes o Capitación. ---							
14	Fecha de inicio del Periodo Pre Pactado	Fecha en que se abre la cuenta a la que se cargan los gastos por las prestaciones de salud brindadas al paciente durante el periodo facturado. Solo obligatorio en el caso de que el Código de Mecanismo de Pago es '02' ó '05', caso contrario dejar en blanco. En formato: AAAAMMDD	No	C1 C2	Si el código de Mecanismo de Pago es igual a '02' ó '05', se validará: a. Que el campo contiene una fecha válida. Si el código de Mecanismo de Pago es diferente a '02' ó '05', se validará: a. Que el campo esté en blanco.	8	71

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
15	<p>Monto Pre Pactado (*)</p> <p>Monto asignado por paciente, pactado entre la EPS y la EV. No incluye el IGV. Dicho valor en el campo deberá ser consignado restando los copagos fijos y variables registrados a nivel de la tabla 2 - características generales de la prestación. La moneda en la que deberá ser expresada es de acuerdo a lo notificado en el campo: 'Tipo de Moneda'.</p> <p>Debe corresponder al formato: '9999999999.99'</p>	No	<p>C1 Si el código de Mecanismo de Pago es igual a '02' ó '05', se validará:</p> <p>a. Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, correspondan al rango numérico del [0 al 9].</p> <p>b. Que el antepenúltimo carácter sea el punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).</p> <p>C2 Si el código de Mecanismo de Pago es diferente de '02' ó '05', se validará:</p> <p>a. Que el campo esté en blanco.</p>	14	79
--- Montos del Documento Facturador					
16	<p>Tipo de Moneda</p> <p>Tipo de moneda (Aplicable al Monto Neto, IGV del Monto Neto y Monto Total a Facturar)</p> <p>01. Soles</p> <p>02. Dólares</p>	Si	<p>C1 El campo debe contener valores '01' ó '02'.</p>	2	93
17	<p>Monto Neto (*)</p> <p>Corresponde a la sumatoria de los gastos cubiertos restando los copagos (fijos y variables), generados por la(s) prestación(es) reportada(s) para dicho documento facturador, según la Tabla 2 - Características Generales de la Prestación. Su registro no incluye el IGV.</p> <p>En el caso de Mecanismo de Pago 07, la sumatoria a considerar será el Monto Pre pactado de la tabla 2 - características generales de la prestación.</p> <p>Debe corresponder al formato: '9999999999.99'</p>	Si	<p>C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9].</p> <p>C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).</p> <p>C3 Para los casos del Mecanismo de Pago diferentes a 07, los montos NETOS del Documento Facturador deben ser igual a la sumatoria de todos los montos cubiertos de la atención: $MN = \Sigma MCA$ (Montos Cubiertos de la Atención)</p> <p>C4 Para el caso de Mecanismo de Pago igual a 07, los montos NETOS del Documento Facturador deben ser igual a la sumatoria de todos los montos pre pactados de la atención: $MN = \Sigma MPP$ (Monto Pre Pactado).</p>	14	95
18	<p>IGV del Monto Facturado (*)</p> <p>Impuesto General a las Ventas del Monto Neto o del Monto Pre Pactado, según sea el caso.</p> <p>Si el Código de Mecanismo de Pago es: '02' ó '05', el IGV del Monto a Facturar será el impuesto General a las Ventas del Monto Pre Pactado.</p> <p>Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente de: '02' ó '05', el IGV del Monto a Facturar será el impuesto General a las Ventas del Monto Neto.</p> <p>Debe corresponder al formato: '9999999999.99'</p>	Si	<p>C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9].</p> <p>C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).</p> <p>C3 El IGV podrá ir en 0.00 si el Tipo de Documento de Referencia es 'E'</p>	14	109
19	<p>Monto Total Facturado (*)</p> <p>Corresponde al saldo a ser cobrado por las EV, de acuerdo a los beneficios acordados en el Plan de Salud del paciente y al mecanismo de pago pactado, se debe considerar lo siguiente:</p> <p>Si el Código de Mecanismo de Pago es: '02' ó '05': el Monto Total Facturado será igual a la suma del IGV del Monto a Facturar más el Monto Pre Pactado.</p> <p>Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente de: '02' ó '05': el Monto Total Facturado será igual a la suma del IGV del Monto a Facturar más el Monto Neto Facturado.</p> <p>Debe corresponder al formato: '9999999999.99'</p>	Si	<p>C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9].</p> <p>C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).</p> <p>C3 Si el Código de Mecanismo de Pago es '02' ó '05', se validará:</p> <p>a. Que el valor en el campo concuerde con la sumatoria del Monto Pre pactado más el IGV.</p> <p>C4 Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente a '02' ó '05', se validará:</p> <p>a. Que el valor en el campo concuerde con la sumatoria del Monto Neto más el IGV del Monto Neto.</p>	14	123
--- Documento Facturador de Referencia (Notas de Crédito, Notas de Debito, Refacturación ó Preliquidación) ---					

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
20	Tipo del Documento Facturador de Referencia En el caso de que el documento de referencia sea: F. Factura C. Nota de Crédito. D. Nota de Débito. R. ReFacturación. P. Preliquidación. E. Factura Principal del documento Facturador Presentado que se encuentra exento de IGV O. Otro documento distinto a los mencionados. N. Ningún documento de referencia.	Si	C1 El campo debe contener valores 'F', 'N', 'C', 'D', 'R', 'P', 'E' u 'O'.	1	137
21	Número de Pago de Referencia Número del Pago de Referencia de acuerdo al Tipo de Documento de Pago de Referencia. Formato: 999-9999999 (serie-número)	No	C1 a Si el Tipo de Documento de Facturador de Referencia es diferente de 'N' se validará: Que el campo contenga caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'. C2 a Si el Tipo de Documento de Facturador de Referencia es igual a 'N' se validará: Que el campo está en blanco o nulo.	11	138
--- Indicador Global					
22	Indicador Global del Documento Facturador S. Si el Prestador para casos diferentes a Paciente Mes reporta más de una prestación en un solo documento facturador. N. Si el Prestador mantiene un documento facturador por prestación.	Si	C1 El campo debe contener valores 'S' o 'N'.	1	149
					149

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido
- 56.00 INVÁLIDO
0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera e Integración con El Documento Facturador: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] ---						
			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla Documento Facturador.			
1	RUC Facturador	RUC del facturador. Debe coincidir con el campo 6 de la Tabla 1	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Ticket o cinta emitido por máquina registradora. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número).	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de la prestación	El último número debe coincidir con el campo 13 de la tabla 1 - Cantidad de prestaciones por Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 El correlativo debe ser menor o igual al campo Cantidad de Atenciones dada por la tabla Documento Facturador.	5	30
--- De la Identificación Interna de la PRESTACIÓN ---						
6	Código de prestación Interno de la Entidad Vinculada	Código de prestación Interno asignado por la Entidad Vinculada que presta el servicio de prestación de Salud.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	8	35
--- Identificando al Paciente ---						
7	Código de Asegurado del Paciente	Es el código único de asegurado asignado por la EPS, permitirá identificar a cada asegurado sea este titular o dependiente.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El código de paciente debe estar registrado en la EPS.	22	43
8	Tipo de Afiliación del Paciente	Es el Tipo de Afiliación del Paciente: 1. Regular 2. Potestativo 3. SCTR	Si	C1 El campo debe contener valores '1', '2' ó '3'.	1	65
9	Número de Historia Clínica	Número de la Historia Clínica o expediente que contiene el historial médico del paciente en una Entidad Vinculada.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	8	66
--- De las Autorizaciones de la Prestación ---						
10	Documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	74
11	Número del documento ó código de autorización de la prestación	Número del documento ó código de autorización de la prestación de acuerdo al campo precedente.	No	C1 Si el Documento de la Atención es igual a '99' se validará: a. Que el campo esté en blanco o nulo.	8	76
12	Segundo documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	84
13	Número del segundo Documento ó código de autorización de la prestación	Número del segundo documento ó código de autorización de la prestación de acuerdo al campo precedente.	No	C1 Si el segundo documento de la atención es igual a '99' se validará: a. Que el campo esté en blanco o nulo.	8	86
14	Número Autogenerado de Autorización	Corresponde al número de autorización autogenerado de la prestación dada por la EPS.	No		8	94

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Prestación ---						
15	Tipo de Prestación	Clasificación de la prestación que recibe un paciente según el servicio y ambiente en el cual es atendido. Incluye los siguientes tipos: A. Ambulatoria: Prestación realizada en un ambiente de un establecimiento de salud distinto del de Emergencia y que no necesitó de la hospitalización del paciente H. Hospitalaria: Prestación en la que se produce ingreso del paciente al ambiente de hospitalización por más de 24 horas E. Emergencia: Prestación realizada en el ambiente de Emergencia y catalogada como tal bajo responsabilidad del médico tratante (hecho súbito, violento o imprevisible que, de no ser atendido inmediatamente, puede conducir a la muerte, alterar grave y/o permanentemente el estado de salud, o inducir complicaciones) D. Domiciliario: Prestación realizada por el médico en el domicilio del paciente P. Médico en Planta: Prestación realizada en un ambiente de la entidad empleadora acondicionado para tal fin O. Otras prestaciones	Si	C1 El campo debe contener valores 'A', 'H', 'E', 'D', 'P' ó 'O'	1	102
16	Tipo de Origen de la Prestación	Clasificación del origen de la prestación que recibe un paciente según el servicio y ambiente de donde procede. Incluye los siguientes tipos: A. Ambulatorio H. Hospitalaria E. Emergencia D. Domiciliario P. Médico en Planta R. Referido de otro establecimiento.	Si	C1 El campo debe contener valores 'A', 'H', 'E', 'D', 'P' ó 'R'.	1	103
17	Clasificación de la Prestación de salud	1. PRESTACIONES DEL NIVEL PREVENTIVO: Tiene como objetivo evitar y detectar tempranamente la enfermedad. Se considerarán: • Inmunizaciones (Vacunación) • Exámenes Médicos y Odontológicos Generales (Chequeos) • Control del crecimiento y desarrollo del niño • Consejería y orientación individualizada en ambiente ambulatorio 2. PRESTACIONES DEL NIVEL RECUPERATIVO: Tiene como objetivo el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y/o la rehabilitación del paciente	Si	C1 El campo debe contener valores '1' ó '2'.	1	104
18	Tipo de Cobertura	Tipo de Cobertura aplicada a la prestación de acuerdo a: CS. Tabla de coberturas según lo publicado en Sitio Web de Estándares de Información en Salud de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares) CE. Tabla de coberturas estandarizadas.	Si	C1 El campo debe contener valores 'CS' o 'CE'.	2	105
19	Código de Cobertura	Código de Cobertura de acuerdo al campo anterior denominado: Tipo de Cobertura.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener valores que figuren en las tablas maestras 'CS' o 'CE'.	2	107
20	Fecha de Inicio de la Prestación	Día en el que se realiza la primera prestación de salud por la causa específica de demanda. En caso de hospitalización la fecha de inicio debe ser la de internamiento. En formato:AAAAMMDD	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida.	8	109
21	Hora de Inicio de la Prestación	Hora en el que se realiza la primera prestación de salud por la causa específica de demanda. En caso de hospitalización la fecha de inicio debe ser la de internamiento. Hora expresada en formato HHMMSS, donde HH es de 00 hasta 23.	No	C1 Si el campo es consignado se validará: a. Que el campo contiene una hora válida. C2 Si no se tiene un valor para la Hora: a. El valor en el campo debe estar en blanco.	6	117
--- Del Profesional Responsable de la Prestación ---						
22	Tipo del Profesional Responsable de la Prestación	CM. Médico CO. Odontólogo CB. Obstetiz CP. Psicólogo TM. Tecnólogo Médico CE. Enfermero CN. Nutricionista NA. No aplica para casos de dispensación de medicamentos y procedimientos donde no participe un profesional	Si	C1 El campo debe contener valores 'CM', 'CO', 'CB', 'CP', 'TM', 'CE', 'CN' o 'NA'.	2	123
23	Número del Profesional Responsable de la Prestación	Número de colegiatura del profesional de la salud	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	6	125

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
24	Especialidad Médica de la Prestación Código de especialidad del médico responsable de la prestación en conformidad a la tabla publicada en Sitio Web de Estándares de Información en Salud de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares) Aplica sólo en el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención se consigne como 'CM': En el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención sea diferente de 'CM' se deberá consignar en blanco o nulo.	Si	C1 SI Tipo de Profesional Responsable de la Atención es 'CM' se validará: a Que el valor en el campo esté en la Tabla de Especialidades Médicas. C2 En el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención sea diferente de 'CM' se validará: a Que el campo esté en blanco o nulo.	3	131
--- Del Paciente que va Transferido a Otro Establecimiento de Salud ---					
25	RUC de Entidad de Referencia En el caso que el paciente haya sido transferido a otra entidad, se consignará el RUC de la Entidad a donde se efectúa la transferencia de la prestación. La transferencia de un paciente a otro establecimiento del sistema, se da como consecuencia de la necesidad de un mayor nivel de resolución de la complejidad del problema de salud del atendido. Puede darse referencia a otro establecimiento del sistema de EPS o un establecimiento de ESSALUD.	No	C1 En el caso de que el valor en el campo no está en blanco o nulo, se validará: a Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. b Que el número de RUC contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. c Que el campo contiene un RUC válido.	11	134
26	Fecha de la Transferencia En el caso de prestaciones que han sido transferidas a otra entidad, se consignará: La Fecha de efectuada la transferencia de la atención, en formato: AAAAMMDD	No	C1 En el caso de que el campo no está en blanco o nulo, se validará: a Que el campo contiene una fecha válida.	8	145
----- Prestación de Hospitalización, necesario cuando el Código del Tipo de Prestación sea Hospitalaria (H) -----					
27	Tipo de Hospitalización Es la clasificación del Tipo de Hospitalización: C. Hospitalización Médica, Hospitalización a un paciente para efectos de diagnóstico o tratamiento y en el que no se efectúa un procedimiento quirúrgico. Q. Hospitalización Quirúrgica, Hospitalización a un paciente, dentro de la cual se efectúa un procedimiento quirúrgico. Incluye los procedimientos quirúrgicos de naturaleza obstétrica (cesáreas).	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene valores 'C' o 'Q'. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	1	153
28	Fecha Ingreso Hospitalario Fecha en la que el paciente es admitido en hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene una fecha válida. b Que la fecha en este campo es mayor o igual a la Fecha de Inicio de la Prestación C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	8	154
29	Fecha de Egreso Hospitalario Fecha en la que el paciente egresa de hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene una fecha válida. b Que la fecha en este campo es mayor o igual a la Fecha de Ingreso Hospitalario. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	8	162
30	Tipo de Egreso Hospitalario Condición con la que el paciente sale de un servicio hospitalario. Incluye las siguientes variables: 01. Alta Médica. Condición establecida por el médico tratante para que una persona atendida hospitalariamente por accidente o enfermedad, una vez finalizado el tratamiento pueda incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o quede en situación de invalidez permanente por las secuelas incapacitantes residuales. 02. Alta Voluntaria. Condición en la que un paciente, en contra de la opinión del médico tratante, solicita egresar de un servicio de hospitalización, eximiendo de cualquier responsabilidad al establecimiento de salud. 03. Transferencia a otro establecimiento de EPS 04. Transferencia a ESSALUD 05. Fuga o Abandono. Situación en la cual un paciente que estaba siendo atendido en una entidad vinculada sale del establecimiento de salud sin autorización del médico tratante, en contra del punto de vista del personal de salud y sin firmar ningún documento. En caso de comunicar verbalmente su salida se denomina "abandono". En caso de hacerlo subrepticamente se denomina "fuga". 06. Defunción	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene valores de '01', '02', '03', '04', '05' ó '06'. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: b Que el campo esté en blanco.	2	170

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
31	Días de Estancia Facturable Se expresará los días de estancia facturable, en algunos casos puede ser diferente de lo consignado como diferencia entre el Ingreso y el Egreso Hospitalario.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Atención es 'H' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 En el caso de que el Tipo de Atención es diferente de 'H' se validará: b Que el campo esté en blanco.	3	172
--- Montos					
32	Copago Fijo Es la parte fija que es cubierta directamente por el paciente según lo consignado en el Plan de Salud pactado. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	175
33	Copago Variable Es la parte variable que es cubierta directamente por el paciente según lo consignado en el Plan de Salud pactado. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	189
34	Montos Cubiertos de la Prestación Corresponde al costo de la Prestación restando los Copagos Fijos, Variables y el IGV. Solo aplicable a los Montos Cubiertos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99' Los montos cubiertos de la prestación serán igual a la sumatoria de todos los montos cubiertos de servicios más la sumatoria de todos los montos cubiertos de farmacia menos los copagos: $MCA = \sum MCDS + \sum MCDF - (\text{Campo 32 Copago Fijo} + \text{Campo 33 Copago Variable})$.	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C3 El monto de la prestación debe ser la suma de todos los montos cubiertos detallados en el campo 13: monto cubierto del Servicio Neto (Tabla de Servicios) MÁS el campo 12: monto cubierto del producto de Farmacia (Tabla de Productos de Farmacia) MENOS los campos 32 Copago Fijo y campo 33 Copago Variable.	14	203
--- Para el Caso de Administradoras de Servicios por Terceros ---					
35	RUC del Proveedor RUC del Proveedor que presta el servicio vinculado a la Administradora.	No	C1 Si el Tipo de Entidad Facturadora es igual a 'S' se validará: a Que el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido. C2 En el caso de que el Tipo de Entidad Facturadora es diferente de 'S' se validará: a Que el campo esté en blanco.	11	217
36	Sede del Proveedor Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	No	C1 Si el Tipo de Entidad Facturadora es igual a 'S' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 En el caso de que el Tipo de Entidad Facturadora es diferente de 'S' se validará: a Que el valor en el campo esté en blanco.	5	228
--- Los siguientes campos se usarán cuando la prestación brindada corresponda a servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico o dispensación de medicamentos, reportados en un documento facturador diferente, para el seguimiento de la PRESTACIÓN PRINCIPAL, sea ésta en la misma u otra Entidad Vinculada ---					

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
37	Código de Prestación de Origen	Corresponde al número de autorización autogenerado de la prestación de origen (obtenido de la orden ó recetario médico.)	No		8	233
38	RUC de la Entidad del Originador de la Prestación	RUC de la Entidad Originadora del Código de prestación.	No	C1 En el caso de consignar algún valor en el campo se validará: a Que el valor en el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido.	11	241
39	Sede de la Entidad Originadora del Código de Atención	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	No	C1 En el caso de consignar algún valor en el campo se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	252
--- En Caso de Mecanismo de Pago: Pago Fijo por atención						
40	Monto Pre Pactado de la Prestación (*)	Monto asignado por cada prestación convenido entre EPS y EEVV. No incluye el IGV. Este monto deberá ser consignado restando los copagos registrados a nivel de prestación. La moneda en la que deberá ser expresada es de acuerdo a lo notificado en el campo: 'Tipo de Moneda' de la Tabla 1. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No	C1 Si el Código de Mecanismo de Pago es igual a '07' se validará: a. Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, correspondan al rango numérico del [0 al 9]. b. Que el antepenúltimo carácter sea el punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C2 Si el código de Mecanismo de Pago es diferente de '07' se validará: a. Que el campo esté en blanco.	14	257
					270	

NOTAS:

- 01 Los Copagos deben ser calculados en base al cálculo de atención. Dicho cálculo debe corresponder al costo de la atención pactado con la EPS incluyendo los Descuentos. No podrán remitirse atenciones que en el cálculo de los Copagos no se halla aplicado
- 02 Expediente que contiene el historial médico del paciente
- 03 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.
- 04 Los Copagos se manejarán a nivel de atención.
- 05 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido
- 56.00 INVÁLIDO
0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera e Integración con la PRESTACIÓN : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.			
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Ticket o cinta emitido por máquina registradora. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de prestación	El último número debe coincidir con el campo 13 de la tabla 1 - Cantidad de prestaciones por Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	30
--- Del Correlativo para los Servicios o Procedimientos						
6	Correlativo de los Servicios o Procedimientos de la Prestación	Correlativo de los servicios de la prestación. El correlativo debe ser por prestación	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3	35
--- De la Clasificación del Gasto ---						
7	Tipo Clasificación de Gasto	Código de Clasificación del servicio brindado o del procedimiento realizado por la Entidad Vinculada: 01. Gastos según Nomenclador de Procedimientos y Servicios Corresponde al Nomenclador de Procedimientos y Servicios de Salud, publicado en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). 02. Otra clasificación según Catálogo de la Entidad Vinculada.	Si	C1 El campo debe contener valores '01' ó '02'.	2	38
8	Código de Clasificación de Gasto	Código de Clasificación de acuerdo al tipo de Clasificación de Gasto.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en el clasificador de gastos.	10	40
--- Del Cuerpo de los Procedimientos y Servicios Complementarios---						
9	Tipo de Profesional Responsable del procedimiento o servicio.	Tipo de Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico: CM. Médico CO. Odontólogo CB. Obstetrix CP. Psicólogo TM. Tecnólogo Médico CE. Enfermero CN. Nutricionista OT. Otros NA. No Aplica	Si	C1 El campo debe contener valores 'CM', 'CO', 'CB', 'CP', 'TM', 'CE', 'CN', 'OT' o 'NA'.	2	50
10	Número Profesional Responsable del procedimiento o servicio complementario	Número de acuerdo al tipo de profesional de la Salud En caso que se haya realizado más de un procedimiento o servicio complementario repetido por prestación, se considerará el número del profesional que se efectuó el primero de ellos.	No	C1 Si Tipo del Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico es diferente de 'NA' se validará: a Que el valor debe ser diferente de blanco o nulo C2 Si Tipo del Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico es igual a 'NA' se validará: a Que el campo debe ser blanco o nulo	6	52
11	Fecha del procedimiento o servicio complementario	Fecha en la que se realizó el procedimiento o servicio complementario expresada en formato AAAAMMDD En caso que se haya realizado más de un procedimiento o servicio complementario repetido por prestación, se considerará la fecha en que se efectuó el primero de ellos.	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida. C2 La fecha debe ser mayor a la fecha de Inicio de Atención.	8	58

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
12	Tipo del Documento de Autorización 01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	66
13	Número de Autorización Número de autorización de acuerdo al Tipo de Documento de Autorización (campo 12), que sustenta la ejecución del procedimiento o servicio complementario.	No	C1 Si el Tipo de Documento de Autorización es diferente de '99' se validará: a Que el campo no debe ser blanco o nulo. C2 Si el Tipo de Documento de Autorización es '99' se validará: a Que el campo debe ser blanco o nulo.	8	68
--- Cantidad y Montos de los Procedimientos y Servicios Complementarios ---					
14	Número de veces que se brindó el procedimiento o servicio complementario Número de veces que se brindó el mismo procedimiento o servicio complementario como parte de una prestación.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	7	76
15	Monto unitario sin impuestos (*) Corresponde al precio por procedimiento o servicio complementario. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	83
16	Copago por procedimiento o servicio complementario (*) Corresponde al Copago del procedimiento o servicio complementario. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	97
17	Monto Cubierto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*) Corresponde al monto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) reportado(s) y cubierto(s) por la EPS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. En caso que el procedimiento o servicio complementario esté totalmente cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 14 y 15. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	111
18	Monto No Cubierto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*) Corresponde al monto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) reportado(s) y no cubierto(s) por la EPS. En caso que el procedimiento o servicio complementario no esté cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 14 y 15. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	125
---- Nomenclador para uso Futuro ----					
19	Código del Catálogo Estándar de Procedimientos del Ministerio de Salud Para consignar los procedimientos o servicios complementarios realizados se utilizarán los códigos del Catálogo Estándar de Procedimientos del Ministerio de Salud, adaptados del Current Procedural Terminology (CPT).	No		5	139
--- Del CIE10 -----					
20	Diagnóstico Asociado Diagnóstico Asociado al Procedimiento o Servicio Complementario.	No	C1 Si el Diagnóstico Asociado es consignado se validará: a Que el valor en el campo esté registrado en la Tabla de Diagnósticos.	7	144
--- Para los Casos que exista comprobantes de pago que sustentan el gasto por Servicio ----					

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
21	Tipo de Documento sustentatorio del Procedimiento o Servicio Complementario Corresponde al tipo de documento con que se sustenta el gasto por el procedimiento o servicio complementario realizado. Puede tomar los siguientes valores: 01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 05. Otros Documentos 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05' ó '99'.	2	151
22	Número de Documento sustentatorio del Procedimiento o Servicio Complementario Número del Documento sustentatorio de acuerdo al procedimiento o servicio complementario. En Formato: 999-9999999 (serie-número)	No	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es diferente de '99' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'. C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco.	11	153
23	RUC del Prestador del Procedimiento o Servicio Complementario Corresponde al RUC del Prestador que brinda el Procedimiento o Servicio Complementario. Aplica en los casos en que el procedimiento o servicio complementario es brindado por un tercero diferente a la Entidad Vinculada que reporta la prestación.	No	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es diferente de '99' se validará: a Que el campo no esté en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido. C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	11	164
--- Para los Casos que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea un Recibo por Honorario y el Pago sea directamente efectuado por la EPS ---					
24	Cancelado1 Impuesto Extraordinario de Solidaridad Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No, aplicable solo en caso de que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea igual a 07 'Recibo por honorario', y el pago sea directamente por la EPS.	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '07' se validará: a Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal en dos dígitos). C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	14	175
25	Cancelado2 Se consignará la retención por ingreso de cuarta categoría si existiera. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No, aplicable solo en caso de que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea igual a 07 'Recibo por honorario', y el pago sea directamente por la EPS.	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '07' se validará: a Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	14	189
--- Rubro del Servicio ---					

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
26	Código Rubro	Si	C1 El campo debe contener valores que corresponden al rango establecido en la Tabla de Rubros.	2	203
Se consignará la caracterización del servicio a nivel de servicio prestado, se evaluará su permanencia de acuerdo al avance obtenido en la implementación del Nomenclador de Procedimientos y Servicios: 01 Hotelería (cuarto y alimentación) 02 Consultas/Honorarios 03 Servicios Clínicos 04 Laboratorio 05 Farmacia/Insumos 06 Rayos X 07 Resonancia Magnética 08 Tomografía axial 09 Densitometría ósea 10 Tópico 11 Tratamientos Especiales 12 Transporte 13 Sepelio 14 Ecografía 15 Dental 16 Gastos excluidos y/o descuento 17 Lente Intraocular 18 Prótesis Dentales 22 Cons. Honorarios 23 Honor. Profesionales 24 Honorarios Quirúrgicos 31 Radiografías Dentales 32 Dental Curaciones 33 Endodoncias 34 Consulta Especialista 35 Electroencefalograma 36 Electrocardiograma 37 Electromiografía 38 Endoscopia 39 Atención costo fijo 40 Exámenes auxiliares 41 Procedimientos auxiliares 42 Anestesiistas 43 Ayudantes 44 Instrumentistas 45 Otros - hospitalario 46 Desamparo súbito familiar 47 Ortodoncia 48 Montura y Cristales 49 Lentes de Contacto 50 Paquete Obstétrico Integral 51 Paquete Procedimientos Ginecológicos 52 Paquete Quirúrgico Hospitalario 53 Medicinas Genéricas 54 Medicinas de Marca 55 Cuarto y hospedaje 56 Farmacia Oncológica 57 Subsidio por Maternidad 58 Subsidio por Internamientos Médicos 59 Subsidio por Internamientos Quirúrgicos 60 Prótesis 61 Papanicolao 62 PSA 63 Mamografía 99 No aplica					
--- Servicio Exento de Impuestos ---					
27	Cancelado3	Si	C1 El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	1	205
Indicador de exoneración en el cobro de impuestos A. Servicio No exonerado de Impuesto D. Servicio Exonerado de Impuesto					
					205

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido

- 56.00 INVÁLIDO

0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

VALIDACIÓN DE LOS MONTOS:

Sea:
 CANS = Cantidad de repetición del Procedimiento en la Atención
 PUS = Precio Unitario sin Impuesto
 COPS = Copago del Servicio
 MCS = Monto Cubierto del Servicio
 MNS = Monto No Cubierto del Servicio

$CANS * PUS = MCS + MNS$

$COPS = \%S [(CANS * PUS) - MNS]$

$COPS = \%S * MCS$

TABLA 4: DETALLE DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
--- De la Cabecera e Integración con la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.		
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11 1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5 12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 07. Nota de Débito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2 17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11 19
5	Correlativo de atención	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de atenciones dada por la tabla Documento Facturador	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5 30
--- Del Cuerpo ---					
6	Código de la Enfermedad (CIE10)	Se consignará el Código de Enfermedad según CIE10.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en la Tabla de Enfermedades según CIE10.	7 35
7	Tipo de Diagnóstico	P - Diagnóstico Presuntivo a criterio del médico tratante. D - Diagnóstico Definitivo a criterio del médico tratante..	No	C1 El campo debe contener valores 'P' o 'D' o en blanco.	1 42
8	Calificación de diagnóstico según motivo de atención	Calificación de Diagnóstico de acuerdo a si motivó la prestación, definida sólo por el Médico Tratante y señalada explícitamente en la Historia Clínica, usando los siguientes valores: 1. Si el diagnóstico motivó la prestación (Diagnóstico Principal). 2. Si el diagnóstico NO motivó la prestación.	Si	C1 El campo debe contener valores '1' ó '2'.	1 43
					43

NOTA: Deben consignarse todos los diagnósticos realizados en la prestación.

TABLA 5: DETALLE DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera e Integración con la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] ---						
			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.			
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de prestación	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de prestaciones dada por la tabla Documento Facturador	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	30
--- Del Correlativo para los Productos de Farmacia de la Prestación						
6	Correlativo de los Productos de Farmacia de la prestación	Correlativo de los Productos de Farmacia de la Prestación. El correlativo se inicia con cada nueva prestación	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3	35
--- Del Cuerpo ---						
7	Tipo de Producto de Farmacia	C. Medicamento, para lo cual se usará catálogo del CUM-SEPS validado publicado en http://www.seps.gob.pe/estandares de conformidad a la Resolución de Superintendencia N° 051-2003-SEPS/CD. I. Insumo, Material Médico o Prótesis, para lo cual se usará el Catálogo de Insumos y Materiales Médicos publicado en http://www.seps.gob.pe/estandares . M. Otros Productos de Farmacias, no considerados como medicamentos, ni insumos, materiales médicos o prótesis. <u>Para uso futuro:</u> R. Código de reporte de despacho o consumo del Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos del Ministerio de Salud	Si	C1 El campo debe contener valores 'C', 'I', 'M' o 'R'.	1	38
8	Código de Producto Farmacia	Código de Producto según el Tipo de Producto de Farmacia. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'C'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en la Tabla Maestra de Medicamentos del CUM-SEPS validado, publicada en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'I'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en la el Catálogo de Insumos y Materiales Médicos, publicado en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'M'; no se reportará código alguno.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en las Tablas de Códigos de Productos de Farmacia.	11	39
9	Cantidad de Venta del Producto (*)	Número de unidades de producto dispensadas o consumidas en función del Producto de Farmacia reportado, sea este producto cubierto o no cubierto. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'C'; el reporte debe hacerse por la unidad mínima de dispensación o consumo del producto, de acuerdo al campo Unidad de Reporte de la Tabla Maestra de Medicamentos del CUM-SEPS validado, publicada en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para los casos M e I colocar un cero '0'	Si	C1 Todos los caracteres deben corresponder al rango numérico del [0 al 9] o al punto '.'.	7	50
10	Monto Unitario sin Impuesto (*)	Corresponde al precio por unidad del producto de farmacia. Dicho monto no incluirá el IGV. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	57
11	Copago del Producto de Farmacia (*)	Corresponde al Copago del producto de Farmacia por la cantidad vendida del producto dispensado o consumido, de corresponder. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	71

TABLA 5: DETALLE DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
12	Monto(s) Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*) Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) por la EPS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. En caso que el producto de farmacia sea del Tipo de Producto de Farmacia 'C' y esté totalmente cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 9 y 10. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	85
13	Monto(s) No Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*) Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) y no cubierto(s) por la EPS. En caso que el producto de farmacia sea del Tipo de Producto de Farmacia 'C' y no esté cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 9 y 10. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No	C1 a Si el Monto no Cubierto es consignado, se validará: Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	99
----- Del CIE10 -----					
14	Diagnóstico Asociado al Producto Farmacia Diagnóstico asociado a cada producto de farmacia reportado.	No	C1 a Si el Diagnóstico Asociado es consignado se validará: Que el valor en el campo esté registrado en la tabla de Diagnósticos.	7	113
--- Para los Casos que el(los) producto(s) de farmacia ha(n) sido dado(s) por un Tercero ----					
15	RUC del Dispensador Idéntica al RUC del Prestador que ha dado el(los) producto(s) de farmacia directamente.	No	C1 Si el RUC del Dispensador es consignado, se validará: a Que el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido.	11	120
--- Productos de Farmacia Exento de Impuestos ---					
16	Productos Exento de IGV Indicador de exoneración en el cobro de impuestos A. Producto No exonerado de Impuesto D. Producto Exonerado de Impuesto	Si	C1 El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	1	131
					131

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido
- 56.00 INVÁLIDO
0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

VALIDACIÓN DE LOS MONTOS:

Sea:

- CANF = Cantidad de Venta del Producto
- PUF = Precio Unitario sin Impuesto
- COPF = Copago del Producto de Farmacia
- MCF = Monto Cubierto del Producto de Farmacia
- MNF = Monto No Cubierto del Producto de Farmacia

CANF * PUF = MCF + MNF
COPF = %F [(CANF * PUF) - MNF]
COPF = %F * MCF

TABLA 6: DETALLE DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
--- De la Cabecera e Integración con los Servicios de la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.		
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11 1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5 12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 07. Nota de Débito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2 17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11 19
5	Correlativo de Atención	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de atenciones dada por la tabla Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5 30
6	Correlativo de los Servicios o Procedimientos de la Atención	Correlativo de los Servicios de la Atención.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3 35
--- De Cuerpo ---					
7	Código de Pieza Dentaria	Según Odontograma Oficial aprobado por el Colegio Odontológico del Perú según Resolución N° 035.97.COP. Aprobado en sesión Extraordinaria del Consejo Nacional Marzo 1999 (Adaptados del Código Uniformizado de la Asociación Dental Americana). Aplicable solo en el caso de que el tipo de clasificación de Gasto sea un gasto odontológico.	Si	C1 El campo debe contener valores que corresponden a la Tabla de Odontograma Oficial consignado por el Colegio Odontológico del Perú.	2 38
8	Superficie Dentaria	M - MESIAL L - LINGUAL/PALATINO D - DISTAL V - VESTIBULAR O OCLUSAL I - INCISAL P - PALATINO	Si	C1 El campo debe contener valores 'M', 'L', 'D', 'V', 'O', 'I' o 'P'.	1 40
					40

ANEXO 2
MODELO TEDEF-EPS

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera ---						
1	Fecha Envío	Si	C1	El campo debe contener una fecha válida.	8	1
2	Hora de Envío	Si	C1	El campo debe contener una hora válida.	6	9
3	Tipo de Lote	Si	C1	El campo debe contener valores '01' ó '02'.	2	15
4	Número de Lote	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	7	17
--- Del Financiado ---						
5	Código Financiado	Si	C1	El campo debe contener valores '02' ó '05'.	2	24
--- De Cuerpo del Documento Facturador ---						
6	RUC Facturador	Si	C1 C2	El campo no debe estar en blanco o nulo. El campo debe contener un RUC válido.	11	26
7	Sede del Facturador	Si			5	37
8	Tipo Documento Pago	Si	C1	El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	42
9	Número de Documento de Pago	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	44
10	Tipo de Entidad Facturadora	Si	C1	El campo debe contener valores 'T' o 'S'.	1	55
11	Fecha Emisión	Si	C1	El campo debe contener una fecha válida.	8	56
12	Código de Mecanismo de Pago	Si	C1	El campo debe contener valores '01', '02', '05', '06', '07' u '08'.	2	64
13	Cantidad de prestaciones por Documento Facturador	Si	C1	El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	66
--- En Caso de Paciente Mes o Capitación.						
14	Fecha de inicio del Periodo Pre Pactado	No	C1 C2	Si el código de Mecanismo de Pago es igual a '02' ó '05', se validará: a. Que el campo contiene una fecha válida. Si el código de Mecanismo de Pago es diferente a '02' ó '05', se validará: a. Que el campo esté en blanco.	8	71

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
15	Monto Pre Pactado (*) Monto asignado por paciente, pactado entre la EPS y la EV. No incluye el IGV. Dicho valor en el campo deberá ser consignado restando los copagos fijos y variables registrados a nivel de la tabla 2 - características generales de la prestación. La moneda en la que deberá ser expresada es de acuerdo a lo notificado en el campo: 'Tipo de Moneda'. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No	C1 Si el código de Mecanismo de Pago es igual a '02' ó '05', se validará: a. Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, correspondan al rango numérico del [0 al 9]. b. Que el antepenúltimo carácter sea el punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C2 Si el código de Mecanismo de Pago es diferente de '02' ó '05', se validará: a. Que el campo esté en blanco.	14	79
--- Montos del Documento Facturador					
16	Tipo de moneda (Aplicable al Monto Neto, IGV del Monto Neto y Monto Total a Facturar) 01. Soles 02. Dólares	Si	C1 El campo debe contener valores '01' ó '02'.	2	93
17	Monto Neto (*) Corresponde a la sumatoria de los gastos cubiertos restando los copagos (fijos y variables), generados por la(s) prestación(es) reportada(s) para dicho documento facturador, según la Tabla 2 - Características Generales de la Prestación. Su registro no incluye el IGV. En el caso de Mecanismo de Pago 07, la sumatoria a considerar será el Monto Pre pactado de la tabla 2 - características generales de la prestación. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C3 Para los casos del Mecanismo de Pago diferentes a 07, los montos NETOS del Documento Facturador deben ser igual a la sumatoria de todos los montos cubiertos de la atención: $MN = \Sigma MCA$ (Montos Cubiertos de la Atención) C4 Para el caso de Mecanismo de Pago igual a 07, los montos NETOS del Documento Facturador deben ser igual a la sumatoria de todos los montos pre pactados de la atención: $MN = \Sigma MPP$ (Monto Pre Pactado).	14	95
18	IGV del Monto Facturado (*) Impuesto General a las Ventas del Monto Neto o del Monto Pre Pactado, según sea el caso. Si el Código de Mecanismo de Pago es: '02' ó '05', el IGV del Monto a Facturar será el impuesto General a las Ventas del Monto Pre Pactado. Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente de: '02' ó '05', el IGV del Monto a Facturar será el impuesto General a las Ventas del Monto Neto. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C3 El IGV podrá ir en 0.00 si el Tipo de Documento de Referencia es 'E'	14	109
19	Monto Total Facturado (*) Corresponde al saldo a ser cobrado por las EV, de acuerdo a los beneficios acordados en el Plan de Salud del paciente y al mecanismo de pago pactado, se debe considerar lo siguiente: Si el Código de Mecanismo de Pago es: '02' ó '05': el Monto Total Facturado será igual a la suma del IGV del Monto a Facturar más el Monto Pre Pactado. Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente de: '02' ó '05': el Monto Total Facturado será igual a la suma del IGV del Monto a Facturar más el Monto Neto Facturado. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C3 Si el Código de Mecanismo de Pago es '02' ó '05', se validará: a. Que el valor en el campo concuerde con la sumatoria del Monto Pre pactado más el IGV. C4 Si el Código de Mecanismo de Pago es diferente a '02' ó '05', se validará: a. Que el valor en el campo concuerde con la sumatoria del Monto Neto más el IGV del Monto Neto.	14	123
--- Documento Facturador de Referencia (Notas de Crédito, Notas de Debito, Refacturación ó Preliquidación) ---					

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [6] + [7] + [8] + [9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
20	Tipo del Documento Facturador de Referencia En el caso de que el documento de referencia sea: F. Factura C. Nota de Crédito. D. Nota de Débito. R. ReFacturación. P. Preliquidación. E. Factura Principal del documento Facturador Presentado que se encuentra exento de IGV O. Otro documento distinto a los mencionados. N. Ningún documento de referencia.	Si	C1 El campo debe contener valores 'F', 'N', 'C', 'D', 'R', 'P', 'E' u 'O'.	1	137
21	Número de Pago de Referencia Número del Pago de Referencia de acuerdo al Tipo de Documento de Pago de Referencia. Formato: 999-9999999 (serie-número)	No	C1 Si el Tipo de Documento de Facturador de Referencia es diferente de 'N' se validará: Que el campo contenga caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'. C2 Si el Tipo de Documento de Facturador de Referencia es igual a 'N' se validará: Que el campo está en blanco o nulo.	11	138
--- Indicador Global					
22	Indicador Global del Documento Facturador S. Si el Prestador para casos diferentes a Paciente Mes reporta más de una prestación en un solo documento facturador. N. Si el Prestador mantiene un documento facturador por prestación.	Si	C1 El campo debe contener valores 'S' o 'N'.	1	149
--- Campos SSTD EPS					
23	Fecha de Recepción de la Transacción Electrónica Fecha de Recepción por parte de la EPS del Documento Facturador (Transacción Electrónica). Formato: AAAAMMDD	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida.	14	150
24	Fecha de Recepción del Documento Facturador Fecha de Recepción por parte de la EPS del Documento Facturador (Documento Físico), de corresponder. Formato: AAAAMMDD	No	C1 El campo debe contener una fecha válida.	14	164
25	Código SEPS de la Entidad Vinculada Código SEPS de la Entidad Vinculada En el caso de no tener código SEPS deberá consignarse el valor 99-9999-9	Si	C1 Si la Modalidad de Pago es Crédito se validará: Que el valor en el campo corresponda a un Código SEPS válido en formato XX-XXXX-C. C2 Si la Modalidad de Pago es Reembolso se validará: Que el valor en el campo corresponda a: 99-9999-9.	9	178
26	Número de Recepción asignado por la EPS Número de Recepción asignado por la EPS.	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14	187
					200

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido
- 56.00 INVÁLIDO
0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera e Integración con El Documento Facturador: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] ---						
			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla Documento Facturador.			
1	RUC Facturador	RUC del facturador. Debe coincidir con el campo 6 de la Tabla 1	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Ticket o cinta emitido por máquina registradora. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número).	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de la prestación	El último número debe coincidir con el campo 13 de la tabla 1 - Cantidad de prestaciones por Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 El correlativo debe ser menor o igual al campo Cantidad de Atenciones dada por la tabla Documento Facturador.	5	30
--- De la Identificación Interna de la PRESTACIÓN ---						
6	Código de prestación Interno de la Entidad Vinculada	Código de prestación Interno asignado por la Entidad Vinculada que presta el servicio de prestación de Salud.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	8	35
--- Identificando al Paciente ---						
7	Código de Asegurado del Paciente	Es el código único de asegurado asignado por la EPS, permitirá identificar a cada asegurado sea este titular o dependiente.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El código de paciente debe estar registrado en la EPS.	22	43
8	Tipo de Afiliación del Paciente	Es el Tipo de Afiliación del Paciente: 1. Regular 2. Potestativo 3. SCTR	Si	C1 El campo debe contener valores '1', '2' ó '3'.	1	65
9	Número de Historia Clínica	Número de la Historia Clínica o expediente que contiene el historial médico del paciente en una Entidad Vinculada.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	8	66
--- De las Autorizaciones de la Prestación ---						
10	Documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	74
11	Número del documento ó código de autorización de la prestación	Número del documento ó código de autorización de la prestación de acuerdo al campo precedente.	No	C1 Si el Documento de la Atención es igual a '99' se validará: a. Que el campo esté en blanco o nulo.	8	76
12	Segundo documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	84
13	Número del segundo Documento ó código de autorización de la prestación	Número del segundo documento ó código de autorización de la prestación de acuerdo al campo precedente.	No	C1 Si el segundo documento de la atención es igual a '99' se validará: a. Que el campo esté en blanco o nulo.	8	86
14	Número Autogenerado de Autorización	Corresponde al número de autorización autogenerado de la prestación dada por la EPS.	No		8	94

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Prestación ---						
15	Tipo de Prestación	Clasificación de la prestación que recibe un paciente según el servicio y ambiente en el cual es atendido. Incluye los siguientes tipos: A. Ambulatoria: Prestación realizada en un ambiente de un establecimiento de salud distinto del de Emergencia y que no necesitó de la hospitalización del paciente H. Hospitalaria: Prestación en la que se produce ingreso del paciente al ambiente de hospitalización por más de 24 horas E. Emergencia: Prestación realizada en el ambiente de Emergencia y catalogada como tal bajo responsabilidad del médico tratante (hecho súbito, violento o imprevisible que, de no ser atendido inmediatamente, puede conducir a la muerte, alterar grave y/o permanentemente el estado de salud, o inducir complicaciones) D. Domiciliario: Prestación realizada por el médico en el domicilio del paciente P. Médico en Planta: Prestación realizada en un ambiente de la entidad empleadora acondicionado para tal fin O. Otras prestaciones	Si	C1 El campo debe contener valores 'A', 'H', 'E', 'D', 'P' ó 'O'	1	102
16	Tipo de Origen de la Prestación	Clasificación del origen de la prestación que recibe un paciente según el servicio y ambiente de donde procede. Incluye los siguientes tipos: A. Ambulatorio H. Hospitalaria E. Emergencia D. Domiciliario P. Médico en Planta R. Referido de otro establecimiento.	Si	C1 El campo debe contener valores 'A', 'H', 'E', 'D', 'P' ó 'R'.	1	103
17	Clasificación de la Prestación de salud	1. PRESTACIONES DEL NIVEL PREVENTIVO: Tiene como objetivo evitar y detectar tempranamente la enfermedad. Se considerarán: • Inmunizaciones (Vacunación) • Exámenes Médicos y Odontológicos Generales (Chequeos) • Control del crecimiento y desarrollo del niño • Consejería y orientación individualizada en ambiente ambulatorio 2. PRESTACIONES DEL NIVEL RECUPERATIVO: Tiene como objetivo el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y/o la rehabilitación del paciente	Si	C1 El campo debe contener valores '1' ó '2'.	1	104
18	Tipo de Cobertura	Tipo de Cobertura aplicada a la prestación de acuerdo a: CS. Tabla de coberturas según lo publicado en Sitio Web de Estándares de Información en Salud de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares) CE. Tabla de coberturas estandarizadas.	Si	C1 El campo debe contener valores 'CS' o 'CE'.	2	105
19	Código de Cobertura	Código de Cobertura de acuerdo al campo anterior denominado: Tipo de Cobertura.	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener valores que figuren en las tablas maestras 'CS' o 'CE'.	2	107
20	Fecha de Inicio de la Prestación	Día en el que se realiza la primera prestación de salud por la causa específica de demanda. En caso de hospitalización la fecha de inicio debe ser la de internamiento. En formato:AAAAMMDD	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida.	8	109
21	Hora de Inicio de la Prestación	Hora en el que se realiza la primera prestación de salud por la causa específica de demanda. En caso de hospitalización la fecha de inicio debe ser la de internamiento. Hora expresada en formato HHMMSS, donde HH es de 00 hasta 23.	No	C1 Si el campo es consignado se validará: a. Que el campo contiene una hora válida. C2 Si no se tiene un valor para la Hora: a. El valor en el campo debe estar en blanco.	6	117
--- Del Profesional Responsable de la Prestación ---						
22	Tipo del Profesional Responsable de la Prestación	CM. Médico CO. Odontólogo CB. Obstetrix CP. Psicólogo TM. Tecnólogo Médico CE. Enfermero CN. Nutricionista NA. No aplica para casos de dispensación de medicamentos y procedimientos donde no participe un profesional	Si	C1 El campo debe contener valores 'CM', 'CO', 'CB', 'CP', 'TM', 'CE', 'CN' o 'NA'.	2	123
23	Número del Profesional Responsable de la Prestación	Número de colegiatura del profesional de la salud	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo.	6	125

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
24	Especialidad Médica de la Prestación Código de especialidad del médico responsable de la prestación en conformidad a la tabla publicada en Sitio Web de Estándares de Información en Salud de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares) Aplica sólo en el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención se consigne como 'CM': En el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención sea diferente de 'CM' se deberá consignar en blanco o nulo.	Si	C1 SI Tipo de Profesional Responsable de la Atención es 'CM' se validará: a Que el valor en el campo esté en la Tabla de Especialidades Médicas. C2 En el caso de que el Tipo de Profesional Responsable de la Atención sea diferente de 'CM' se validará: a Que el campo esté en blanco o nulo.	3	131
--- Del Paciente que va Transferido a Otro Establecimiento de Salud ---					
25	RUC de Entidad de Referencia En el caso que el paciente haya sido transferido a otra entidad, se consignará el RUC de la Entidad a donde se efectúa la transferencia de la prestación. La transferencia de un paciente a otro establecimiento del sistema, se da como consecuencia de la necesidad de un mayor nivel de resolución de la complejidad del problema de salud del atendido. Puede darse referencia a otro establecimiento del sistema de EPS o un establecimiento de ESSALUD.	No	C1 En el caso de que el valor en el campo no está en blanco o nulo, se validará: a Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. b Que el número de RUC contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. c Que el campo contiene un RUC válido.	11	134
26	Fecha de la Transferencia En el caso de prestaciones que han sido transferidas a otra entidad, se consignará: La Fecha de efectuada la transferencia de la atención, en formato: AAAAMMDD	No	C1 En el caso de que el campo no está en blanco o nulo, se validará: a Que el campo contiene una fecha válida.	8	145
----- Prestación de Hospitalización, necesario cuando el Código del Tipo de Prestación sea Hospitalaria (H) -----					
27	Tipo de Hospitalización Es la clasificación del Tipo de Hospitalización: C. Hospitalización Médica, Hospitalización a un paciente para efectos de diagnóstico o tratamiento y en el que no se efectúa un procedimiento quirúrgico. Q. Hospitalización Quirúrgica, Hospitalización a un paciente, dentro de la cual se efectúa un procedimiento quirúrgico. Incluye los procedimientos quirúrgicos de naturaleza obstétrica (cesáreas).	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene valores 'C' o 'Q'. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	1	153
28	Fecha Ingreso Hospitalario Fecha en la que el paciente es admitido en hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene una fecha válida. b Que la fecha en este campo es mayor o igual a la Fecha de Inicio de la Prestación C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	8	154
29	Fecha de Egreso Hospitalario Fecha en la que el paciente egresa de hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene una fecha válida. b Que la fecha en este campo es mayor o igual a la Fecha de Ingreso Hospitalario. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: a Que el campo esté en blanco.	8	162
30	Tipo de Egreso Hospitalario Condición con la que el paciente sale de un servicio hospitalario. Incluye las siguientes variables: 01. Alta Médica. Condición establecida por el médico tratante para que una persona atendida hospitalariamente por accidente o enfermedad, una vez finalizado el tratamiento pueda incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o quede en situación de invalidez permanente por las secuelas incapacitantes residuales. 02. Alta Voluntaria. Condición en la que un paciente, en contra de la opinión del médico tratante, solicita egresar de un servicio de hospitalización, eximiendo de cualquier responsabilidad al establecimiento de salud. 03. Transferencia a otro establecimiento de EPS 04. Transferencia a ESSALUD 05. Fuga o Abandono. Situación en la cual un paciente que estaba siendo atendido en una entidad vinculada sale del establecimiento de salud sin autorización del médico tratante, en contra del punto de vista del personal de salud y sin firmar ningún documento. En caso de comunicar verbalmente su salida se denomina "abandono". En caso de hacerlo subrepticamente se denomina "fuga". 06. Defunción	No	C1 En el caso de que el Tipo de Prestación es 'H' se validará: a Que el campo contiene valores de '01', '02', '03', '04', '05' ó '06'. C2 En el caso de que el Tipo de Prestación es diferente de 'H' se validará: b Que el campo esté en blanco.	2	170

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
31	Días de Estancia Facturable Se expresará los días de estancia facturable, en algunos casos puede ser diferente de lo consignado como diferencia entre el Ingreso y el Egreso Hospitalario.	No	C1 En el caso de que el Tipo de Atención es 'H' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 En el caso de que el Tipo de Atención es diferente de 'H' se validará: b Que el campo esté en blanco.	3	172
--- Montos					
32	Copago Fijo Es la parte fija que es cubierta directamente por el paciente según lo consignado en el Plan de Salud pactado. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	175
33	Copago Variable Es la parte variable que es cubierta directamente por el paciente según lo consignado en el Plan de Salud pactado. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	189
34	Montos Cubiertos de la Prestación Corresponde al costo de la Prestación restando los Copagos Fijos, Variables y el IGV. Solo aplicable a los Montos Cubiertos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99' Los montos cubiertos de la prestación serán igual a la sumatoria de todos los montos cubiertos de servicios más la sumatoria de todos los montos cubiertos de farmacia menos los copagos: $MCA = \sum MCDS + \sum MCDF - (\text{Campo 32 Copago Fijo} + \text{Campo 33 Copago Variable})$.	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C3 El monto de la prestación debe ser la suma de todos los montos cubiertos detallados en el campo 13: monto cubierto del Servicio Neto (Tabla de Servicios) MÁS el campo 12: monto cubierto del producto de Farmacia (Tabla de Productos de Farmacia) MENOS los campos 32 Copago Fijo y campo 33 Copago Variable.	14	203
--- Para el Caso de Administradoras de Servicios por Terceros ---					
35	RUC del Proveedor RUC del Proveedor que presta el servicio vinculado a la Administradora.	No	C1 Si el Tipo de Entidad Facturadora es igual a 'S' se validará: a Que el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido. C2 En el caso de que el Tipo de Entidad Facturadora es diferente de 'S' se validará: a Que el campo esté en blanco.	11	217
36	Sede del Proveedor Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	No	C1 Si el Tipo de Entidad Facturadora es igual a 'S' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2 En el caso de que el Tipo de Entidad Facturadora es diferente de 'S' se validará: a Que el valor en el campo esté en blanco.	5	228
--- Los siguientes campos se usarán cuando la prestación brindada corresponda a servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico o dispensación de medicamentos, reportados en un documento facturador diferente, para el seguimiento de la PRESTACIÓN PRINCIPAL, sea ésta en la misma u otra Entidad Vinculada ---					

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
37	Código de Prestación de Origen	Corresponde al número de autorización autogenerado de la prestación de origen (obtenido de la orden ó recetario médico.)	No		8	233
38	RUC de la Entidad del Originador de la Prestación	RUC de la Entidad Originadora del Código de prestación.	No	C1 En el caso de consignar algún valor en el campo se validará: a Que el valor en el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido.	11	241
39	Sede de la Entidad Originadora del Código de Atención	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	No	C1 En el caso de consignar algún valor en el campo se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	252
--- En Caso de Mecanismo de Pago: Pago Fijo por atención						
40	Monto Pre Pactado de la Prestación (*)	Monto asignado por cada prestación convenido entre EPS y EEVV. No incluye el IGV. Este monto deberá ser consignado restando los copagos registrados a nivel de prestación. La moneda en la que deberá ser expresada es de acuerdo a lo notificado en el campo: 'Tipo de Moneda' de la Tabla 1. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No	C1 Si el Código de Mecanismo de Pago es igual a '07' se validará: a. Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, correspondan al rango numérico del [0 al 9]. b. Que el antepenúltimo caracter sea el punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C2 Si el código de Mecanismo de Pago es diferente de '07' se validará: a. Que el campo esté en blanco.	14	257
--- Campos SSTD_EPS						
41	Apellido Paterno del Paciente	Apellido Paterno del paciente.	Si	C1 El campo debe contener caracteres dentro de este rango: [A-Z, a-z, Ñ, ñ, Á, á, É, é, Í, í, Ó, ó, Ú, ú, Ä, ä, È, è, Ì, ï, Ò, ò, Ù, ù, À, à, Ê, ê, Ì, ï, Ò, ò, Ù, ù, ' ', ' ', ' ', ' ']	25	271
42	Apellido Materno del Paciente	Apellido Materno del paciente.	Si	C1 El campo debe contener caracteres dentro de este rango: [A-Z, a-z, Ñ, ñ, Á, á, É, é, Í, í, Ó, ó, Ú, ú, Ä, ä, È, è, Ì, ï, Ò, ò, Ù, ù, ' ', ' ', ' ', ' ']. C2 En el caso de no tener un apellido Materno Legal, el valor en este campo se debe rellenarse de nueves ('99999999999999999999').	25	296
43	Nombres del Paciente	Nombres del paciente	Si	C1 El campo debe contener caracteres dentro de este rango: [A-Z, a-z, Ñ, ñ, Á, á, É, é, Í, í, Ó, ó, Ú, ú, Ä, ä, È, è, Ì, ï, Ò, ò, Ù, ù, ' ', ' ', ' ', ' ']	25	321
44	Estado del Paciente	Estado del paciente en el momento de la atención: 1 Activo 2 Latente	Si	C1 El campo debe contener valores '1' ó '2'.	1	346
45	Fecha de Nacimiento del Paciente	En formato AAAAMMDD.	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida y mayor al 31.dic.1895.	8	347
46	Sexo del Paciente	Sexo: 0=Masculino, 1=Femenino	Si	C1 El campo debe contener un valor '0' y '1'.	1	355
47	Filiación del Paciente	01. Titular 02. Cónyuge 03. Hijos no incapacitados 04. Hijos incapacitados 05. Padres y suegros 06. Otros	Si	C1 El campo debe contener un valor dentro del rango [01 al 06].	2	356
48	Número de Recepción asignado por la EPS	Número de Recepción asignado por la EPS.	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14	358
						371

NOTAS:

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
01	Los Copagos deben ser calculados en base al cálculo de atención. Dicho cálculo debe corresponder al costo de la atención pactado con la EPS incluyendo los Descuentos. No podrán remitirse atenciones que en el cálculo de los Copagos no se halla aplicado				
02	Expediente que contiene el historial médico del paciente				
03	(*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.				
04	Los Copagos se manejarán a nivel de atención.				
05	Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato: -145.00 Válido - 56.00 INVÁLIDO 0000-12.00 INVÁLIDO				
Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.					

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS	
--- De la Cabecera e Integración con la PRESTACIÓN : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.			
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Ticket o cinta emitido por máquina registradora. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de prestación	El último número debe coincidir con el campo 13 de la tabla 1 - Cantidad de prestaciones por Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	30
--- Del Correlativo para los Servicios o Procedimientos						
6	Correlativo de los Servicios o Procedimientos de la Prestación	Correlativo de los servicios de la prestación. El correlativo debe ser por prestación	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3	35
--- De la Clasificación del Gasto ---						
7	Tipo Clasificación de Gasto	Código de Clasificación del servicio brindado o del procedimiento realizado por la Entidad Vinculada: 01. Gastos según Nomenclador de Procedimientos y Servicios Corresponde al Nomenclador de Procedimientos y Servicios de Salud, publicado en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). 02. Otra clasificación según Catálogo de la Entidad Vinculada.	Si	C1 El campo debe contener valores '01' ó '02'.	2	38
8	Código de Clasificación de Gasto	Código de Clasificación de acuerdo al tipo de Clasificación de Gasto.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en el clasificador de gastos.	10	40
--- Del Cuerpo de los Procedimientos y Servicios Complementarios---						
9	Tipo de Profesional Responsable del procedimiento o servicio.	Tipo de Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico: CM. Médico CO. Odontólogo CB. Obstetrix CP. Psicólogo TM. Tecnólogo Médico CE. Enfermero CN. Nutricionista OT. Otros NA. No Aplica	Si	C1 El campo debe contener valores 'CM', 'CO', 'CB', 'CP', 'TM', 'CE', 'CN', 'OT' o 'NA'.	2	50
10	Número Profesional Responsable del procedimiento o servicio complementario	Número de acuerdo al tipo de profesional de la Salud En caso que se haya realizado más de un procedimiento o servicio complementario repetido por prestación, se considerará el número del profesional que se efectuó el primero de ellos.	No	C1 Si Tipo del Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico es diferente de 'NA' se validará: a Que el valor debe ser diferente de blanco o nulo C2 Si Tipo del Profesional Responsable del Procedimiento o servicio específico es igual a 'NA' se validará: a Que el campo debe ser blanco o nulo	6	52
11	Fecha del procedimiento o servicio complementario	Fecha en la que se realizó el procedimiento o servicio complementario expresada en formato AAAAMDD En caso que se haya realizado más de un procedimiento o servicio complementario repetido por prestación, se considerará la fecha en que se efectuó el primero de ellos.	Si	C1 El campo debe contener una fecha válida. C2 La fecha debe ser mayor a la fecha de Inicio de Atención.	8	58

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
12	Tipo del Documento de Autorización 01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) 02. Solicitud de Chequeo Médico 03. Carta de Garantía 04. Por código. 05. Voucher 06. Otro Tipo de Autorización 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06' ó '99'.	2	66
13	Número de Autorización Número de autorización de acuerdo al Tipo de Documento de Autorización (campo 12), que sustenta la ejecución del procedimiento o servicio complementario.	No	C1 Si el Tipo de Documento de Autorización es diferente de '99' se validará: a Que el campo no debe ser blanco o nulo. C2 Si el Tipo de Documento de Autorización es '99' se validará: a Que el campo debe ser blanco o nulo.	8	68
--- Cantidad y Montos de los Procedimientos y Servicios Complementarios ---					
14	Número de veces que se brindó el procedimiento o servicio complementario Número de veces que se brindó el mismo procedimiento o servicio complementario como parte de una prestación.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	7	76
15	Monto unitario sin impuestos (*) Corresponde al precio por procedimiento o servicio complementario. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	83
16	Copago por procedimiento o servicio complementario (*) Corresponde al Copago del procedimiento o servicio complementario. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	97
17	Monto Cubierto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*) Corresponde al monto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) reportado(s) y cubierto(s) por la EPS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. En caso que el procedimiento o servicio complementario esté totalmente cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 14 y 15. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	111
18	Monto No Cubierto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*) Corresponde al monto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) reportado(s) y no cubierto(s) por la EPS. En caso que el procedimiento o servicio complementario no esté cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 14 y 15. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	125
---- Nomenclador para uso Futuro ----					
19	Código del Catálogo Estándar de Procedimientos del Ministerio de Salud Para consignar los procedimientos o servicios complementarios realizados se utilizarán los códigos del Catálogo Estándar de Procedimientos del Ministerio de Salud, adaptados del Current Procedural Terminology (CPT).	No		5	139
--- Del CIE10 -----					
20	Diagnóstico Asociado Diagnóstico Asociado al Procedimiento o Servicio Complementario.	No	C1 Si el Diagnóstico Asociado es consignado se validará: a Que el valor en el campo esté registrado en la Tabla de Diagnósticos.	7	144
--- Para los Casos que exista comprobantes de pago que sustentan el gasto por Servicio ----					

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
21	Tipo de Documento sustentatorio del Procedimiento o Servicio Complementario Corresponde al tipo de documento con que se sustenta el gasto por el procedimiento o servicio complementario realizado. Puede tomar los siguientes valores: 01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 05. Otros Documentos 99. No aplica	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05' ó '99'.	2	151
22	Número de Documento sustentatorio del Procedimiento o Servicio Complementario Número del Documento sustentatorio de acuerdo al procedimiento o servicio complementario. En Formato: 999-9999999 (serie-número)	No	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es diferente de '99' se validará: a Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'. C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco.	11	153
23	RUC del Prestador del Procedimiento o Servicio Complementario Corresponde al RUC del Prestador que brinda el Procedimiento o Servicio Complementario. Aplica en los casos en que el procedimiento o servicio complementario es brindado por un tercero diferente a la Entidad Vinculada que reporta la prestación.	No	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es diferente de '99' se validará: a Que el campo no esté en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido. C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	11	164
--- Para los Casos que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea un Recibo por Honorario y el Pago sea directamente efectuado por la EPS ---					
24	Cancelado1 Impuesto Extraordinario de Solidaridad Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No, aplicable solo en caso de que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea igual a 07 'Recibo por honorario', y el pago sea directamente por la EPS.	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '07' se validará: a Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal en dos dígitos). C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	14	175
25	Cancelado2 Se consignará la retención por ingreso de cuarta categoría si existiera. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No, aplicable solo en caso de que el Tipo de Documento de Pago del Servicio sea igual a 07 'Recibo por honorario', y el pago sea directamente por la EPS.	C1 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '07' se validará: a Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos). C2 Si el Tipo de Documento de Pago del Servicio es igual a '99' se validará: a Que el campo debe estar en blanco	14	189
--- Rubro del Servicio ---					

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
26	Código Rubro	Si	C1 El campo debe contener valores que corresponden al rango establecido en la Tabla de Rubros.	2	203
Se consignará la caracterización del servicio a nivel de servicio prestado, se evaluará su permanencia de acuerdo al avance obtenido en la implementación del Nomenclador de Procedimientos y Servicios: 01 Hotelería (cuarto y alimentación) 02 Consultas/Honorarios 03 Servicios Clínicos 04 Laboratorio 05 Farmacia/Insumos 06 Rayos X 07 Resonancia Magnética 08 Tomografía axial 09 Densitometría ósea 10 Tópico 11 Tratamientos Especiales 12 Transporte 13 Sepelio 14 Ecografía 15 Dental 16 Gastos excluidos y/o descuento 17 Lente Intraocular 18 Prótesis Dentales 22 Cons. Honorarios 23 Honor. Profesionales 24 Honorarios Quirúrgicos 31 Radiografías Dentales 32 Dental Curaciones 33 Endodancias 34 Consulta Especialista 35 Electroencefalograma 36 Electrocardiograma 37 Electromiografía 38 Endoscopia 39 Atención costo fijo 40 Exámenes auxiliares 41 Procedimientos auxiliares 42 Anestesiistas 43 Ayudantes 44 Instrumentistas 45 Otros - hospitalario 46 Desamparo súbito familiar 47 Ortodoncia 48 Montura y Cristales 49 Lentes de Contacto 50 Paquete Obstétrico Integral 51 Paquete Procedimientos Ginecológicos 52 Paquete Quirúrgico Hospitalario 53 Medicinas Genéricas 54 Medicinas de Marca 55 Cuarto y hospedaje 56 Farmacia Oncológica 57 Subsidio por Maternidad 58 Subsidio por Internamientos Médicos 59 Subsidio por Internamientos Quirúrgicos 60 Prótesis 61 Papanicolao 62 PSA 63 Mamografía 99 No aplica					
--- Servicio Exento de Impuestos ---					
27	Cancelado3	Si	C1 El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	1	205
--- Campos SSTD EPS					
28	Número de Recepción asignado por la EPS	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14	206
					219

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán válidos en el siguiente formato:

-145.00 Válido

- 56.00 INVÁLIDO

0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

VALIDACIÓN DE LOS MONTOS:

Sea:

- CANS = Cantidad de repetición del Procedimiento en la Atención
- PUS = Precio Unitario sin Impuesto
- COPS = Copago del Servicio
- MCS = Monto Cubierto del Servicio
- MNS = Monto No Cubierto del Servicio

$CANS * PUS = MCS + MNS$

$COPS = \%S [(CANS * PUS) - MNS]$

$COPS = \%S * MCS$

TABLA 4: DETALLE DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA PRESTACIÓN

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
--- De la Cabecera e Integración con la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.		
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11 1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5 12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 07. Nota de Débito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2 17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11 19
5	Correlativo de atención	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de atenciones dada por la tabla Documento Facturador	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5 30
--- Del Cuerpo ---					
6	Código de la Enfermedad (CIE10)	Se consignará el Código de Enfermedad según CIE10.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en la Tabla de Enfermedades según CIE10.	7 35
7	Tipo de Diagnóstico	P - Diagnóstico Presuntivo a criterio del médico tratante. D - Diagnóstico Definitivo a criterio del médico tratante..	No	C1 El campo debe contener valores 'P' o 'D' o en blanco.	1 42
8	Calificación de diagnóstico según motivo de atención	Calificación de Diagnóstico de acuerdo a si motivó la prestación, definida sólo por el Médico Tratante y señalada explícitamente en la Historia Clínica, usando los siguientes valores: 1. Si el diagnóstico motivó la prestación (Diagnóstico Principal). 2. Si el diagnóstico NO motivó la prestación.	Si	C1 El campo debe contener valores '1' ó '2'.	1 43
--- Campos SSTD EPS					
9	Número de Recepción asignado por la EPS	Número de Recepción asignado por la EPS	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14 44
					57

NOTA: Deben consignarse todos los diagnósticos realizados en la prestación.

TABLA 5: DETALLE DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO		DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
-- De la Cabecera e Integración con la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] --				C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.		
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11	1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5	12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 07. Nota de Débito, debe consignar la serie y número del comprobante de pago que modifica. 08. Número de Praeliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2	17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11	19
5	Correlativo de prestación	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de prestaciones dada por la tabla Documento Facturador	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5	30
-- Del Correlativo para los Productos de Farmacia de la Prestación						
6	Correlativo de los Productos de Farmacia de la prestación	Correlativo de los Productos de Farmacia de la Prestación. El correlativo se inicia con cada nueva prestación	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3	35
-- Del Cuerpo --						
7	Tipo de Producto de Farmacia	C. Medicamento, para lo cual se usará catálogo del CUM-SEPS validado publicado en http://www.seps.gob.pe/estandares de conformidad a la Resolución de Superintendencia N° 051-2003-SEPS/CD. I. Insumo, Material Médico o Prótesis, para lo cual se usará el Catálogo de Insumos y Materiales Médicos publicado en http://www.seps.gob.pe/estandares . M. Otros Productos de Farmacias, no considerados como medicamentos, ni insumos, materiales médicos o prótesis. <u>Para uso futuro:</u> R. Código de reporte de dispendio o consumo del Catálogo Estándar de Productos Farmacéuticos del Ministerio de Salud	Si	C1 El campo debe contener valores 'C', 'I', 'M' o 'R'.	1	38
8	Código de Producto Farmacia	Código de Producto según el Tipo de Producto de Farmacia. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'C'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en la Tabla Maestra de Medicamentos del CUM-SEPS validado, publicada en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'I'; el reporte debe hacerse utilizando los códigos definidos en la el Catálogo de Insumos y Materiales Médicos, publicado en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'M'; no se reportará código alguno.	Si	C1 El valor en el campo debe corresponder a algún valor consignado en las Tablas de Códigos de Productos de Farmacia.	11	39
9	Cantidad de Venta del Producto (*)	Número de unidades de producto dispensadas o consumidas en función del Producto de Farmacia reportado, sea este producto cubierto o no cubierto. Para el caso del Tipo de Producto de Farmacia reportado con 'C'; el reporte debe hacerse por la unidad mínima de dispensación o consumo del producto, de acuerdo al campo Unidad de Reporte de la Tabla Maestra de Medicamentos del CUM-SEPS validado, publicada en el Sitio Web de Estándares de Información de la SEPS (http://www.seps.gob.pe/estandares). Para los casos M e I colocar un cero '0'	Si	C1 Todos los caracteres deben corresponder al rango numérico del [0 al 9] o al punto '.'.	7	50
10	Monto Unitario sin Impuesto (*)	Corresponde al precio por unidad del producto de farmacia. Dicho monto no incluirá el IGV. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	57
11	Copago del Producto de Farmacia (*)	Corresponde al Copago del producto de Farmacia por la cantidad vendida del producto dispensado o consumido, de corresponder. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	71

TABLA 5: DETALLE DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
12	Monto(s) Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*) Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) por la EPS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. En caso que el producto de farmacia sea del Tipo de Producto de Farmacia 'C' y esté totalmente cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 9 y 10. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	Si	C1 Todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, deben corresponder al rango numérico del [0 al 9]. C2 El antepenúltimo lugar debe ser un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	85
13	Monto(s) No Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*) Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) y no cubierto(s) por la EPS. En caso que el producto de farmacia sea del Tipo de Producto de Farmacia 'C' y no esté cubierto, corresponderá a la multiplicación de los campos 9 y 10. Dicho monto no incluirá impuestos. Debe corresponder al formato: '9999999999.99'	No	C1 a Si el Monto no Cubierto es consignado, se validará: Que todos los caracteres, exceptuando el antepenúltimo lugar, corresponden al rango numérico del [0 al 9]. b Que el antepenúltimo lugar es un punto '.' (debido a que se requiere expresar la parte decimal a dos dígitos).	14	99
----- Del CIE10 -----					
14	Diagnóstico Asociado al Producto Farmacia Diagnóstico asociado a cada producto de farmacia reportado.	No	C1 a Si el Diagnóstico Asociado es consignado se validará: Que el valor en el campo esté registrado en la tabla de Diagnósticos.	7	113
--- Para los Casos que el(los) producto(s) de farmacia ha(n) sido dado(s) por un Tercero ---					
15	RUC del Dispensador Idéntica al RUC del Prestador que ha dado el(los) producto(s) de farmacia directamente.	No	C1 Si el RUC del Dispensador es consignado, se validará: a Que el campo no está en blanco o nulo. b Que el valor en el campo tiene una longitud de 11 dígitos. c Que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. d Que el campo contiene un RUC válido.	11	120
--- Productos de Farmacia Exento de Impuestos ---					
16	Productos Exento de IGV Indicador de exoneración en el cobro de impuestos A. Producto No exonerado de Impuesto D. Producto Exonerado de Impuesto	Si	C1 El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	1	131
--- Campos SSTD EPS					
17	Número de Recepción asignado por la EPS Número de Recepción asignado por la EPS	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14	132
					145

NOTAS:

01 (*) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma.

02 Todos los campos de moneda soportarán que los montos puedan ser negativos, para lo cual se validará que se consigne el signo negativo precediendo al monto correspondiente, estos serán validos en el siguiente formato:

-145.00 Válido
- 56.00 INVÁLIDO
0000-12.00 INVÁLIDO

Para reportar un número positivo no habrá cambios, NO se debe usar el signo +.

VALIDACIÓN DE LOS MONTOS:

Sea:

- CANF = Cantidad de Venta del Producto
- PUF = Precio Unitario sin Impuesto
- COPF = Copago del Producto de Farmacia
- MCF = Monto Cubierto del Producto de Farmacia
- MNF = Monto No Cubierto del Producto de Farmacia

CANF * PUF = MCF + MNF
COPF = %F [(CANF * PUF) - MNF]
COPF = %F * MCF

TABLA 6: DETALLE DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO

CAMPO CLAVE (hace único el registro en un envío de información, no puede haber registros repetidos en un mismo envío) : [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] + [7]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	OBLIGATORIO	CRITERIOS DE CONSISTENCIA	LONG	POS
--- De la Cabecera e Integración con los Servicios de la ATENCIÓN: [1] + [2] + [3] + [4] + [5] + [6] ---			C1 La cabecera de Integración debe de existir en la tabla de Atención.		
1	RUC Facturador	RUC del facturador	Si	C1 El campo no debe estar en blanco o nulo. C2 El campo debe contener un RUC válido.	11 1
2	Sede del Facturador	Código numérico del establecimiento anexo de la entidad facturadora emitido por SUNAT.	Si		5 12
3	Tipo de Documento de Pago	01. Facturas. 02. Recibos por honorarios. 03. Boletas de venta. 04. Liquidaciones de compra. 05. Tickets o cintas emitidos por máquinas registradoras. 06. Nota de Crédito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 07. Nota de Débito, deben consignar la serie y número del comprobante de pago que modifican. 08. Número de Preliquidación	Si	C1 El campo debe contener valores '01', '02', '03', '04', '05', '06', '07' ó '08'.	2 17
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar Formato: 999-9999999 (serie-número)	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9] o al Guión '-'.	11 19
5	Correlativo de Atención	Correlativo. El último número debe coincidir con el campo Cantidad de atenciones dada por la tabla Documento Facturador.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	5 30
6	Correlativo de los Servicios o Procedimientos de la Atención	Correlativo de los Servicios de la Atención.	Si	C1 El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	3 35
--- De Cuerpo ---					
7	Código de Pieza Dentaria	Según Odontograma Oficial aprobado por el Colegio Odontológico del Perú según Resolución N° 035.97.COP. Aprobado en sesión Extraordinaria del Consejo Nacional Marzo 1999 (Adaptados del Código Uniformizado de la Asociación Dental Americana). Aplicable solo en el caso de que el tipo de clasificación de Gasto sea un gasto odontológico.	Si	C1 El campo debe contener valores que corresponden a la Tabla de Odontograma Oficial consignado por el Colegio Odontológico del Perú.	2 38
8	Superficie Dentaria	M - MESIAL L - LINGUAL/PALATINO D - DISTAL V - VESTIBULAR O OCLUSAL I - INCISAL P - PALATINO	Si	C1 El campo debe contener valores 'M', 'L', 'D', 'V', 'O', 'I' o 'P'.	1 40
--- Campos SSTD EPS					
10	Número de Recepción asignado por la EPS	Número de Recepción asignado por la EPS	Si	C1 El campo no debe ser vacío o nulo.	14 41
					54

ANEXO 3: ESTÁNDARES DE TRANSMISIÓN

Estándar de los nombres de archivo:

Todos los archivos serán archivos planos (txt) independientes y deberán tener el siguiente estándar de nombres:

dfac_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (documento facturador)
date_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (características generales de la prestación)
dser_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (detalle de los procedimientos y servicios complementarios de la prestación)
ddia_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (detalle de los diagnósticos de la prestación)
dfar_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (detalle de los productos de farmacia)
dden_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.txt (detalle del servicio odontológico)

En donde:

<ruc_proveedor> RUC del Proveedor de 11 caracteres.
<codigo_sede> Código numérico del establecimiento principal o anexo de la entidad facturadora según SUNAT de 5 caracteres (ruc_proveedor y sede no se duplican ya que están estandarizados).
<lote> Número del lote de 7 caracteres, si son menos caracteres rellenar de ceros a la izquierda.
<fecha> Fecha en que se generaron los archivos texto, en 8 caracteres en formato aaaammdd.

Todos los archivos planos deben llegar comprimidos en un archivo ZIP. No se procesarán archivos planos separadamente y además sólo se permite 1 solo archivo adjunto (.S01) por correo.

El Estándar del archivo adjunto .S01 será el siguiente:

EFS_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>.S01 (lote de facturación)

En donde:

<EFS> Código de Transacción SEPS, para este efecto: 837
<ruc_proveedor> RUC del Proveedor de 11 caracteres.
<codigo_sede> Código numérico del establecimiento principal o anexo de la entidad facturadora según SUNAT de 5 caracteres (ruc_proveedor y sede no se duplican ya que están estandarizados).
<lote> Número del lote de 7 caracteres, si son menos caracteres rellenar de ceros a la izquierda.
<fecha> Fecha de Envío del Lote, en 8 caracteres en formato aaaammdd.

Ejemplo Archivo adjunto Zipeado:

837_20100121809_00001_1234567_20040123.S01

El estándar del "Asunto" del mensaje vía E-mail al que se adjunta el archivo .S01 será el siguiente:

ASUNTO: EFS_<ruc_proveedor>_<codigo_sede>_<lote>_<fecha>_<hora_envio>

En donde:

<EFS> Código de Transacción SEPS, para este efecto: 837
<ruc_proveedor> RUC del Proveedor de 11 caracteres.
<codigo_sede> Código numérico del establecimiento principal o anexo de la entidad facturadora según SUNAT de 5 caracteres (ruc_proveedor y sede no se duplican ya que están estandarizados).
<lote> Número del lote de 7 caracteres, si son menos caracteres rellenar de ceros a la izquierda.
<fecha> Fecha de Envío del Lote, en 8 caracteres en formato aaaammdd.
<hora_envio> Hora en la que se envía el archivo adjunto .S01 en 8 caracteres en formato hh:mm:ss, donde hh va de 00 a 23

Ejemplo Asunto del mensaje de correo:

837_20100121809_00001_1234567_20040123_14:50:01

De existir un tenor en el cuerpo del mensaje, éste debería ser:

Sres <FINANCIADOR>:

Por intermedio de la presente se remite adjunto el lote <lote> del proceso de facturación <837>

Atentamente

<RUC> - Proveedor

<codigo_sede> - Sede

ANEXO 4: LISTADO DE ENTIDADES VINCULADAS

1. ADMINISTRADORA CLINICA RICARDO PALMA S.A.
2. CLINICA SAN PABLO S.A.C. (SURCO)
3. CLINICA SAN PABLO S.A.C. (CONO NORTE)
4. CLINICA SAN GABRIEL S.A.C.
5. CLINICA JAVIER PRADO S.A.
6. ASOCIACION CIVIL NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZON
7. ASOCIACION CIVIL ASISTENCIA SOCIAL CRISTAL
8. CLINICA INTERNACIONAL
9. MEDICINA EXTERNA S.A.
10. CONSULTA MEDICA S.A.C.

11. CENTRO MEDICO - CLINICA SAN JUDAS TADEO S.A.
12. VESALIO S.A.
13. LA ESPERANZA DEL PERU S.A.
14. CLINICA SAN FELIPE S.A.
15. BRITISH AMERICAN HOSPITAL S.A.

16. ASOCIACION HIJAS DE SAN CAMILO
17. CLINICA EL GOLF S.A.
18. PROYECTOS MEDICOS S.A.
19. SERVICIOS Y ASISTENCIA MEDICA S.A.C.
20. CLINICA SANTA ISABEL S.A.C.