# ANEXO TÉCNICO No. 1 INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

				_		_									_																			_	_	_	_			_
	IN	FOR	ME	DE	Ξ P(	os	iBL	ES	IN	CO	NSI	MII STE	NIST NCI												E	NTI	DΑ	D I	RE	SPO	ON:	SA	BLI	E D	EL	. P/	4G(	0		
-												N	UME	RO	INF	ORN	ſΕ					Fecl	ha:	á	a i	a a	ı	1 -	m	m	-	d	d	Hor	a:	h	n h	1 :	m	n
INFORMACI	ON E	EL I	PRE	STA	DO	R																					7	_	-	_	_	_	_		_	_	_	_	_	_
Nombre			—	—											—												NI		1	Nú	merc	$\perp$		_		丄	丄		<u> </u>	D\
Código	Т	П	Т	П	Т	Т	Т	Т	Г	П	Dire	ecció	ia nč	resta	ador	r:											_			i tu	TIOIC	<u> </u>	_	_	_	_	_	_		Ť
	1	Ħ	十	Ħ	П	す	十	T	T	П			<u> </u>																			_	_		_		_	_		_
Teléfono:	indicativo número Departamento: Muni									unicipio:																														
ENTIDAD A LA					44 /	247																									1	~	- DI	GO:	Т	Τ	Т	┿	٠	۲
				ORIV	È			ŕ		_		_	_	_	_																	-	DIC	JU.	┵	丄	_	┸	_	L
Tipo de inco	nsis	tenc	ia		_							n la b											٠	. ce																
-					!	Los	3 dat	os c	del u			no co		_													pre	eser	ntac	do		_	_	_	_		_	_		_
						_	_			DA	AIUS	S DEI	LUS	JUAI	RIO	(COI	no a	apar	ece	e en	ıaı	oase	e a	e a	ato	S)			_			_	_		_		_	_		_
	1er	Δnel	ido		_	_				_	2de	о Ар	ellid	10			_				16	r No	om	hre	_							_	2d	o N	om	nbre	_	_		_
Tipo Docum		•		tific:	acić	ńn						0 / <b>4</b> 0.	0										٠											•	···					
Registro (		uc i	uciii		2010	". [	$\neg$ <sub>P</sub>	asa	nor	tΔ												Г	Т	Т	Т	Т	T	Т	Т	П	П	T	Т	op	Т	op	Т	7		
Tarjeta de		tidad	4			ŀ	-				denti	ficaci	ión									L	_	_	_	N	lím	aro d	locu	meni	n de	a ide	ntific	cació			_	_		
Cédula de						ŀ						ficaci														.,	i Ciri	,,,,	.000		.o uc	, iuo	TIGHT	2010						
Cédula de						L			J. U.										Fe	echa	de	Na	cin	nier	nto				а	а	а	а	T	m r	m	- d	d d	1		
Dirección de R	eside	ncia l	Habit	ual:	_	_				_																			-	eléfe		_	ナ	T	十	十	t	t	Τ	Т
Departamen	to:					_				_							N	Mun	icip	oio:									-				_				_	T		t
Cobertura e	n sal	ud																																			_			
Regimen Co					F	7	Dogir	non	Cuk	cidio	ndo ,	parcial	d					г	Ь	blació	án D	lohro		200	au in	ada i	nin (	eleb	ENI		П	Dlor	n adi	ioion	اما ما	le sal	lud			
Regimen Su			otal		ŀ	_	-					egurac		n CIC	DEN			H	1	esplaz			, 110	asc	gui	aua .	3111	טטוכ	LIN			Otro		GOI	ai u	C Sai	uu			
rtegimen sc	ibsiuic	iuo - i	Jiai	_		ᆂ	UDIO	IGUI	pou																							Out	_		_	_	_	_		
						_						RM/	ACIO	I NC	DE I	LA I	POS	SIB	LE	INC	10:	ISIS	ST	EN	Cl	4										_				
VARIABLE			NTA	<b>ME</b>	:NT	Εļ	INC	OR	RE	CT					DATO	OS S	EG	ÚN	DO	CUN	IEN	ΙΤΟ	DE	ΙD	ΕN	ITIF	IC/	\CI(	NC	(fisi	co)	)		_	_		_			_
Primer Ap												Prime				Ц	4	4		Ш	4	4	4	4	1	┸	1	╙	Ļ		Ш	Ц	4	4	4	4	ļ	Ļ	1	L
Segundo												Segu				:	4	4	L	Ш	4	4	4	4	1	╀	Ļ	╀	╀	L	Ц	Ц	4	4	4	4	1	Ļ	1	Ļ
Primer No												Prime				Ц	4	4	-	Ш	4	4	4	4	4	╀	1	╀	╀		Щ	_	4	4	4	4	¥	Ļ	1	╀
Segundo			حادا .	:c:.	:	<i>.</i>					-	Segu					la mái			Щ	4	4	4	+	+	╀	+	╀	╀		Н	4	4	+	+	+	+	+	+	╀
Tipo Docu Número D							مکند					Tipo ( Núme								_					_	╀	╀	╀	╀	H	Н	4	4	+	+	+	+	+	+	╀
Fecha de				iuei	IUIIC	au	1011				- 1	Fecha						_	_	_	_	1.			Т		+			Ш	Ш	_	_	_	_	丄		L		L
Observacion		IIIEI	lO		_	_				_	l'	-eci id	a ue	INAC	ЛПЕ	illo.		а	а	а	а	- r	m ı	m ·	-   '	d	1					_	_	_	_		_	_		_
Observacion	ies					_																																		_
			—	—		_						—			—																					—				_
				—		_						—																								—				
			_	_		_					NFC	ORM	AC	ON	DF	LΑ	PF	RS	ИС	AΩ	UF	RF	P	OR'	TΔ									_		_	_			_
N1				_		_									<u> </u>		_		J 1 4					T	Ť	Т	T	Т	T	П	П	T	丁	T	Т	Т	Т	Т	Т	Т
Nombre de d	quier	rep	orta																	Tel	efo	no		L	_					L	Ш	ᆚ	丄	丄	丄	丄	丄	丄	<u>.</u>	L
						_														L				_		indic	ativo	1			nı	úmen	0	_	_	$\overline{}$	ext	tensio	on	_
Cargo o acti	vida	d:																		Tel	éfo	no (	cel	ula	r:							. 1	- 1	- 1	-1			1	1	1

MPS-IPI V5.0 2008-07-11

## INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASES DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

#### **INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO**

#### **Instrucciones generales**

Este formato tiene por objeto colaborar en la detección de posibles errores en las bases de datos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social. Debe ser diligenciado por la persona responsable de consultar la base de datos durante la verificación de derechos de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando detecte que los datos que se encuentran en la base de datos provista por la entidad responsable del pago o en la base de datos del Ministerio de la Protección Social difieren de los datos que presenta físicamente o informe el usuario, o cuando el usuario no aparece en la base de datos y presenta una documentación que lo acredita como afiliado.

Las posibles inconsistencias pueden ser: errores en la escritura de los nombres o apellidos, errores en el tipo y número del documento de identidad, errores en la fecha de nacimiento o inexistencia del usuario en la base de datos. Es importante aclarar que si las diferencias permiten considerar que se trata de dos personas distintas no opera este reporte.

La información general del prestador puede estar preimpresa en los formatos.

El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

**Diligenciamiento** 

Número informe	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se
	reinicia cada 24 horas.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 24 horas en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador

	ac. processor
Nombre	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como
prestador	figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección
	departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al
identificación	prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un
	profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o
	distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.

Dirección Registre la dirección del prestador de servicios de salud confo	orme figura en
prestador la declaración de habilitación.	
Teléfono Registre el indicativo y el número telefónico del prestador d salud.	e servicios de
Departamento Registre el nombre del departamento en el cual se encuent prestador de servicios de salud. En las dos casillas regis asignado al departamento a través de la codificación del DANE.	stre el código
Municipio Registre el nombre del municipio en el cual se encuentri prestador de servicios de salud. En las tres casillas regis asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA	stre el código
Entidad a la que Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el cóc	digo asignado,
se le informa de tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la	verificación de
derechos.	
Tipo de Marque con una "X" la opción pertinente.	

Datos del usuario (como aparecen en la base de datos)

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente.
Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Cobertura en salud.	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.

Información de la posible inconsistencia

Variable	Marque con una "X" la opción correspondiente al dato o datos que se
posiblemente	considera(n) posiblemente incorrecto(s).
incorrecta	
Datos según documento de identificación (físico)	SOLAMENTE en los casos en los que exista diferencia, registre la información, EXACTAMENTE como figura en el documento físico presentado por el usuario.
Observaciones	Registre la información adicional que considere puede ser importante para mejorar la calidad de las bases de datos en relación con la identificación del usuario.

### Información de la persona que reporta

Persona que	Registre el nombre completo y el cargo o actividad desempeñada por la
reporta	persona que reporta la posible inconsistencia.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, registrelo en las casillas correspondientes.