

# **Modelo de remisión de Información de Facturación de IAFAS a SUSALUD**

## **ANEXO 3.2** *(versión 1.1)*

### **MODELO TEDEF IP - SUSALUD**

**TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR**

**TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN**

**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) : [3] + [4] + [5] + [6] + [7] + [8]

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas	Obligatorio	Longitud	Decimal	Posición Inicial
1	Fecha de envío	Fecha de envío electrónico de la IPRESS a la IAFAS. Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida.	Si	8		1
2	Hora de Envío	Hora, minuto y segundo del envío electrónico de la IPRESS a las IAFAS. Formato: HHMMSS (donde HH esta entre 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida.	Si	6		9
3	Número de Lote	Número de lote asignado por la IPRESS	C1. Solo contiene caracteres entre el rango [0 al 9]	Si	7		15
<b>DEL FINANCIADOR</b>							
4	Código del Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS) asignado por SUSALUD	Código de la IAFAS registrado en el Registro de IAFAS (RIAFAS) administrado por SUSALUD.	C1. Debe ser un Código de IAFAS válido. La lista actualizada se encuentra disponible en la página web institucional de SUSALUD. C2: El listado de IAFAS se actualizará de acuerdo al Registro que administra la Intendencia de Normas y Autorizaciones (INA)	Si	5		22
<b>DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR (IPRESS)</b>							
5	RUC del prestador o IPRESS	Ruc de la IPRESS asignado por SUNAT	C1. Debe ser un RUC válido.	Si	11		27
6	Código IPRESS	Código único del Registro Nacional de IPRESS asignado por SUSALUD.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según el RENIPRESS.	Si	8		38
<b>DEL DOCUMENTO FACTURADOR</b>							
7	Tipo documento que sustenta la prestación	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Boleto de aviación comercial para transporte de pasajeros. 09. Ticket o cinta emitido por máquina registradora 10. Formato Único de Atención - FUA 11. Código Único de Atención (asignado por IAFAS) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		46
8	Número de documento de pago que sustenta la prestación	Número del documento de pago emitido para sustentar la prestación En formato: XXXX99999999 ( <i>serienúmero</i> ).	C1: En caso el documento de pago sea electrónico, los primeros cuatro caracteres correspondientes a la serie podrán ser alfanuméricos (Ejem: F00200025654). C2: En caso el documento de pago NO sea electrónico y la serie corresponda a tres caracteres, se deberá completar el cuarto carácter con el cero (Ejem: 000100021452). C3. El número contiene caracteres entre [0 al 9]. C4. En caso que el Tipo de Documento de Pago es igual a 11, el código debe ser único y asignado por la IAFAS según el formato [año (4 dígitos) seguido del número correlativo de la atención (completado con ceros a la izquierda a 8 dígitos)] (Ejem: 202200001234)	Si	12		48
9	Fecha de recepción de la transacción electrónica	Fecha de Recepción por parte de la IAFAS del Documento Facturador (Transacción Electrónica). En formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida.	Si	8		60
10	Fecha de recepción del documento facturador	Fecha de Recepción por parte de la IAFAS del Documento Facturador (Documento Físico o electrónico), de corresponder. En formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida. C2. El campo se actualizará de forma obligatoria cuando el estado sea igual a 3	Si	8		68
11	Estado del documento facturador	Estado del documento facturador 2. Rechazado por las IAFAS 3. Recepcionado por las IAFAS 4. Observado por auditoría administrativa 5. Observado por auditoría médica 6. Observado por auditoría médica y auditoría administrativa 7. Aprobado para liquidación 8. Liquidado contablemente 9. Pagado	C1: El campo debe registrar uno de los valores	Si	1		76
12	Fecha de envío de observación	Este campo es llenado en caso se realice un rechazo por parte de la IAFAS. En formato: AAAAMMDD	C1. Debe ingresarse un valor de forma obligatoria en caso el estado sea 4,5,6. C2. En caso que el estado sea diferente a 4,5,6 el campo debe ir en blanco. C3. Debe registrar una fecha valida	Si	8		77
13	Total liquidado por las IAFAS	Corresponde al monto que liquida la IAFAS, a consecuencia de las prestaciones efectuadas y presentadas en el documento facturador. En Nuevos Soles sin IGV. En formato: 999999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha. C4. El campo se actualizará de forma obligatoria cuando el estado sea igual a 8, de lo contrario debe ir en blanco.	Si	12	2	85
14	Número de liquidación asignado por la IAFAS	Número de Liquidación o expediente de liquidación asignado por la IAFAS	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo. C2. El campo se actualizará de forma obligatoria cuando el estado sea igual a 8, de lo contrario debe ir en blanco.	Si	20		97
15	Fecha de liquidación	Fecha de Liquidación por la IAFAS del Documento Facturador. En formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida. C2. El campo se actualizará de forma obligatoria cuando el estado sea igual a 8, de lo contrario debe ir en blanco.	Si	8		117
16	Fecha de pago	Fecha de pago por la IAFAS del Documento Facturador. En formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida. C2. El campo se actualizará de forma obligatoria cuando el estado sea igual a 9, de lo contrario debe ir en blanco.	Si	8		125
17	Modalidad de Pago	01. Retrospectivo 02. Prospectivo	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		133
18	Marco Normativo	01. Decreto Legislativo 1302 02. Decreto Legislativo 1466	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		135

**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]**

N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas	Obligatorio	Longitud	Decimal	Posición Inicial
1	RUC del prestador o IPRESS	RUC de la IPRESS asignado por SUNAT	C1. Debe ser un RUC válido.	Si	11		1
2	Código IPRESS	Código único del Registro Nacional de IPRESS asignado por SUSALUD.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según el RENIPRESS.	Si	8		12
3	Tipo documento que sustenta la prestación	01. Factura. 02. Recibo por honorarios. 03. Boleta de venta. 04. Liquidación de compra. 05. Boleto de aviación comercial para transporte de pasajeros. 09. Ticket o cinta emitido por máquina registradora 10. Formato Único de Atención - FUA 11. Código Único de Atención (asignado por IAFAS) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		20
4	Número de documento de pago que sustenta la prestación	Número del Documento de Pago emitido para facturar En formato: XXXX99999999 (senenúmero).	C1: En caso el documento de pago sea electrónico, los primeros cuatro caracteres correspondientes a la serie podrán ser alfanuméricos (Ejem: F00200025654). C2: En caso el documento de pago NO sea electrónico y la serie corresponda a tres caracteres, se deberá completar el cuarto carácter con el cero (Ejem: 000100021452). C3. El número contiene caracteres entre [0 al 9]. C4. En caso que el Tipo de Documento de Pago es igual a 11, el código debe ser único y asignado por la IAFAS según el formato [año (4 dígitos) seguido del número correlativo de la atención (completado con ceros a la izquierda a 8 dígitos)] (Ejem: 20220001234)	Si	12		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el correlativo de la prestación reportado por la IPRESS en el campo 5 de la tabla 2, del Anexo 3.1	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. El correlativo debe ser menor o igual a la cantidad de prestaciones de salud del documento facturador reportado por la IPRESS.	Si	5		34
4	Estado del Paciente	Estado del paciente en el momento de la atención: 1 Activo 2 Latente	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		39
5	Fecha de Nacimiento del Paciente	En formato AAAAMMDD.	C1 El campo debe contener una fecha válida y mayor al 31.dic.1899.	Si	8		40
6	Sexo del Paciente	1=Masculino (antes 0) 2=Femenino (antes 1)	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		48
7	Filiación del Paciente	01. Titular 02. Cónyuge 03. Concubino(a) 04. Madre Gestante de Hijo Extramatrimonial 05. Hijo no incapacitado 06. Hijo Incapacitado 07. Padres 08. Hermano(a) 09. Abuelo(a) 10. Tio(a) 11. Nieto(a) 12. Sobrino(a) 13. Primo(a) 14. Padres del cónyuge o concubino(a) 15. Hijo(a) del conyuge o concubino(a) 16. Viudo(a) 17. Otros	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo.	Si	2		49
8	Total Liquidado por las IAFAS	Corresponde al monto que liquida la IAFAS, a consecuencia de las prestaciones efectuadas y presentadas en el documento facturador. En Nuevos Soles sin IGV. En formato: 999999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	51
9	Número de Liquidación asignado por la IAFAS	Número de Liquidación o expediente de liquidación asignado por la IAFAS	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo.	Si	20		63
10	Fecha de Liquidación	Fecha de Liquidación por la IAFAS del Documento Facturador. Formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida.	Si	8		83

Longitud de la tabla: **90**