

Modelo de remisión de Información de Facturación de IPRESS e IAFAS a SUSALUD

ANEXO 2

MODELO TEDEF - SUSALUD

TABLA 1: CABECERA DEL DOCUMENTO FACTURADOR

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

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

TABLA 4: DETALLE DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA

TABLA 5: DETALLE DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO

TABLA 6: DATOS ADICIONALES DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN

TABLA 7: DETALLE DE LOS DIAGNOSTICOS DE LA PRESTACIÓN

TABLA 8: DETALLE DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS, VACUNACION Y OTROS

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
DEL FINANCIADOR							
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
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR (IPRESS)							
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
DEL DOCUMENTO FACTURADOR							
7	Tipo Documento de Pago	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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		46
8	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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 Emisión	Fecha de emisión del documento facturador. En formato: AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida. C2. La fecha es igual o previa a la fecha de envío.	Si	8		60
10	Producto	Código del Producto de la IAFAS.	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo. En caso la IAFAS no defina la obligatoriedad del campo, este se consignará con '99999'. La existencia del código será validada	Si	5		68
11	Cantidad de prestaciones de salud del documento facturador	Cantidad total de prestaciones de salud incluidas en el presente documento facturador.	C1. Solo contiene caracteres entre el rango [0 al 9].	Si	5		73
DEL MECANISMO DE PAGO Y FORMA DE LIQUIDACIÓN							
12	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 = Pacientes mes (Asignación de un monto mensual convenido entre la IAFAS e IPRESS para la atención ambulatoria del paciente en el mes, activado si se da la demanda de servicios) 03 = Paquete quirúrgico (Asignación de un monto fijo convenido entre IAFAS e IPRESS por tipo de intervención quirúrgica y que cubre los gastos convenidos) 04 = Capitalización (Pago en el cual los proveedores reciben una cantidad fija acordada de antemano por cada asegurado que se inscriba con ellos. El financiamiento no depende de la utilización que haga el asegurado de los servicios de salud) 06 = Pago fijo por atención (Pago en el cual los proveedores reciben una cantidad fija acordada de antemano por cada prestación realizada) 99 = Otros mecanismos de pago	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		78
13	Sub Tipo de Mecanismo de Pago	Corresponde a los subtipos de mecanismos de pago publicados en la web institucional de SUSALUD	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos. C2. Si la IPRESS no cuenta con el valor se consignará '999'.	Si	3		80
14	Monto Pre Pactado (en los casos que aplica)	Monto acordado entre la IAFAS y la IPRESS, no incluye el IGV. (La moneda en la que deberá ser expresada es de acuerdo con lo notificado en el campo: 'Tipo de Moneda'.) En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha	Si	12	2	83
15	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. En formato: AAAAMMDD	C1. Si el código del campo 12 (mecanismo de pago) es igual a '02 ó '04' ó '06', el campo debe contener una fecha válida. C2. Si el código de Mecanismo de pago es diferente a '02 ó '04' ó '06', el campo puede consignarse en blanco	No	8		95
TIPO DE MONEDA Y MONTOS EXONERADOS							
16	Tipo de moneda	1 Soles 2 Dólares	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		103
17	Monto exonerado de IGV	Gasto total presentado por Procedimientos, Servicios y Medicamentos exonerados de IGV. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha C2: El valor corresponde a la sumatoria del campo: Gasto en productos, servicios o medicamentos exonerados de IGV de la Tabla 2: Características generales de la prestación.	Si	12	2	104
COPAGOS							
18	Total Copago Fijo Afecto a IGV sin IGV	Monto total del copago fijo afecto a IGV cobrado por la IPRESS. En formato: '999999999.99', No incluye IGV.	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha C2: El valor corresponde a la sumatoria del campo: Copago Fijo afecto a IGV sin IGV de la Tabla 2 - Características generales de la prestación.	Si	12	2	116
19	Total Copago Fijo Exonerado de IGV	Monto total del copago fijo exonerado de IGV cobrado por la IPRESS. En formato: '999999999.99', No incluye IGV.	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha C2: El valor corresponde a la sumatoria del campo: Copago Fijo exonerado de IGV de la Tabla 2 - Características generales de la prestación.	Si	12	2	128
20	Total Copago Variable afecto a IGV sin IGV	Monto total del copago variable cobrado por la IPRESS por aquellos productos, servicios o medicamentos afectos a impuestos. En formato: '999999999.99', No incluye IGV.	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha C2: El valor corresponde a la sumatoria del campo: Copago Variable afecto a IGV sin IGV de la Tabla 2 - Características generales de la prestación.	Si	12	2	140

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
21	Total Copago Variable Exonerado de IGV	Monto total del copago variable cobrado por la IPRESS por aquellos productos, servicios o medicamentos inafectos a impuestos. En formato: '999999999.99', No incluye IGV.	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. Alinear a la derecha C2: El valor corresponde a la sumatoria del campo: Copago Variable exonerado de IGV de la Tabla 2 - Características generales de la prestación.	Si	12	2	152
MONTOS DEL DOCUMENTO FACTURADOR							
22	Base imponible	Es el monto sobre el cual se aplica el porcentaje de IGV. Su registro no incluye el IGV. En formato: 99999999.99	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. En el caso el campo resultase negativo, podrá consignar '0.00'. C5: En caso el mecanismo de pago sea 01-Pago por Servicios : <u>Base Imponible</u> = Tabla T2 Σ (Total de Gastos Cubiertos sin IGV) - Monto Exonerado de IGV – (Total Copago Fijo afecto a IGV sin IGV + Total Copago Variable Afecto a IGV sin IGV). En el caso de Mecanismo de Pago diferente del 01-Pago por Servicios : <u>Base Imponible</u> = Monto Prepagado – (Total Copago Fijo afecto a IGV sin IGV + Total Copago Variable Afecto a IGV sin IGV) C6: Cuando el tipo de documento de pago es diferente al autorizado por la SUNAT (Campo 2 = 10 ó 11) se debe consignar el valor '0.00'	Si	12	2	164
23	IGV del Monto Facturado	Impuesto General a las Ventas de la Base Imponible afecto a IGV. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. C2. De ser una IPRESS que esta exento de IGV se consignará '0.00'. C3. De no corresponder se consignará '0.00'. C4. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	176
24	Monto Total Facturado	Corresponde al monto consignado en el documento facturador. Formato: '99999999.99'	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. En el caso el campo resultase negativo, podrá consignar '0.00'. C5: En caso el mecanismo de pago sea 01-Pago por Servicios : <u>Monto Total Facturado</u> = (Base Imponible + IGV del Monto Facturado + Monto Exonerado de IGV) – (Total Copago Fijo exonerado de IGV + Total Copago Variable Exonerado de IGV). En caso el mecanismo de pago sea distinto de 01-Pago por Servicios : <u>Monto Total Facturado</u> = (Base Imponible + IGV del Monto Facturado) – (Total Copago Fijo exonerado de IGV + Total Copago Variable Exonerado de IGV). C6: Cuando el tipo de documento de pago es diferente al autorizado por la SUNAT (Campo 2 = 10 ó 11) se debe consignar el valor '0.00'	Si	12	2	188
NOTAS DE CRÉDITO O DÉBITO (SI APLICA)							
25	Tipo de identificación de la Nota	C. Nota de Crédito. D. Nota de Débito. N. Ningún documento de referencia.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		200
26	Número de la Nota	Número del Documento de Pago emitido para facturar 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].	No	12		201
27	Monto de la Nota	En Nuevos Soles sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Si el tipo de identificación de la Nota es diferente a 'N', se validará que el campo debe consignar un valor numérico con 2 decimales. C2. Si el tipo de identificación de la Nota es 'N', se validará que el campo esté en blanco.	No	12	2	213
28	Fecha de la Nota	Fecha de emisión de la nota En formato: AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida, menor o igual a la fecha de envío (campo 1 de la presente tabla). C2. Si el tipo de identificación de la Nota es 'N', se validará que el campo esté en blanco.	No	8		225
29	Motivo de la Nota	R. Reingreso A. Anulación D. Descuento Parcial	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Si el tipo de identificación de la Nota es 'N', se validará que el campo esté en blanco.	No	1		233
30	Fecha del primer envío del documento facturador	Fecha del primer envío electrónico del documento facturador de la IPRESS a la IAFAS. En formato: AAAAMMDD	C1. Si el campo no esta en blanco, la fecha debe ser válida y menor a la fecha de envío (campo 1 de la presente tabla).	No	8		234
INDICADOR GLOBAL							
31	Indicador de Factura Global	N = Individual S = Global	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		242
					Longitud de la tabla:		242
INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER LLENADO POR LA IAFAS							
32	Código IAFAS que remite información a SUSALUD	Código de IAFAS que remite información a SUSALUD	C1. Código asignado por SUSALUD	Si	5		243
33	Periodo de envío a SUSALUD	Periodo de envío de los datos a SUSALUD. En formato: AAAAMM	C1. El mes del periodo debe coincidir con el mes previo al envío de la información a SUSALUD.	Si	6		248
34	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		254
35	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.	Si	8		262
36	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: 99999999.99	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: Cuando el tipo de documento de pago es diferente al autorizado por la SUNAT (Campo 2 = 10 ó 11) se debe consignar el valor '0.00'	Si	12	2	270
37	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	14		282
38	Fecha de Liquidación	Fecha de Liquidación por la IAFAS del Documento Facturador. En formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida.	Si	8		296
					Longitud de la tabla:		303
INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER LLENADO POR LA IPRESS							
32	Código de IPRESS que remite información a SUSALUD	Código único del Registro Nacional de IPRESS asignado por SUSALUD.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según el RENIPRESS.	Si	8		243
33	Periodo de envío a SUSALUD	Periodo de envío de los datos a SUSALUD. En formato: AAAAMM	C1. El mes del periodo debe coincidir con el mes previo al envío de la información a SUSALUD.	Si	6		251
					Longitud de la tabla:		256

NOTA:

a) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma. No hay separador de miles. Debe estar alineado a la derecha.

b) Todos los campos de moneda no soportarán montos negativos.

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 de Pago	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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 11 (Cantidad de prestaciones de salud del documento facturador) de la tabla 1	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 prestaciones de salud del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN							
6	Código de prestación Interno de la IPRESS	Código de prestación Interno asignado por la IPRESS que presta el servicio de prestación de Salud.	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo.	Si	10		39
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE							
7	Tipo de Afiliación del Paciente	'1' = Regular '2' = SCTR '3' = Potestativo (Independiente) '4' = SCTR Independiente '5' = Complementario '6' = SOAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		49
8	Código de Asegurado del Paciente	Código Único de Asegurado asignado por la IAFAS, permitirá identificar a cada asegurado sea este titular o dependiente.	C1. El código del paciente debe estar registrado en la IAFAS. C2: El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	20		50
9	Tipo de documento de identidad	1 = DNI 2 = Carnet de extranjería 3 = Pasaporte 4 = Documento de Identidad Extranjero 5 = Código Único de Identificación (CUI) en Acta de Nacimiento 6 = Código Nacido Vivo (CNV) 7 = Sin Documento de Identidad	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		70
10	Número del documento de identidad	Número de documento de identidad señalado en el numeral precedente	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco. C3: El campo debe estar alineado a la derecha. C4: Si el tipo de documento de identidad es 7, deberá consignarse el número de DNI de la madre o de un Tutor.	Si	15		71
11	Número de Historia Clínica	Número de la Historia Clínica en la IPRESS.	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo.	Si	8		86
DE LAS AUTORIZACIONES DE LA PRESTACIÓN							
12	Documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) / SITEDS 02. Solicitud de Chequeo Médico / SITEDS 03. Carta de Garantía 04. Por código	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos, del listado las IAFAS podrán acotar los valores a notificar.	Si	2		94
13	Número del documento de autorización.	Número del documento de autorización de la prestación de acuerdo con el campo precedente.	C1. Si el Documento de la autorización es '99' se deberá registrar en blanco.	No	20		96
14	Segundo Documento de autorización de la prestación	01. Solicitud de Atención Médica (Solicitud de Beneficio) / SITEDS 02. Solicitud de Chequeo Médico / SITEDS 03. Carta de Garantía 04. Por código	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos, las IAFAS podrán acotar los valores a notificar.	Si	2		116
15	Número del segundo documento de autorización.	Número del segundo documento de autorización de la prestación de acuerdo con el campo precedente.	C1. Si el Documento de la autorización es '99' se deberá registrarse en blanco.	No	20		118
DE LA PRESTACIÓN							
16	Tipo de Cobertura o Tipo de Prestación	0 = No aplica. (sepelio, prestaciones económicas, etc.) 1 = Extra hospitalario 2 = Médico en planta 3 = Medicinas alternativas 4 = Ambulatorio 5 = Hospitalaria 6 = Emergencia 9 = Otros	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		138
17	Subtipo de Cobertura	Cobertura ligada a la prestación	C1. Contiene uno de los valores definidos por SUSALUD	Si	4		139
18	Primer Diagnóstico (CIE10)	Se consignará el diagnóstico principal y definitivo según CIE10 a criterio del médico tratante.	C1. Contiene uno de los valores definidos por SUSALUD. C2. Solo se aceptan códigos CIE10 publicados por la OMS. (Enlace de referencia https://icd.who.int/browse10/2019/en). SUSALUD puede incluir códigos CIE10 cuando el Ministerio de Salud apruebe su uso en normas. C3. Solo se aceptan códigos a nivel de subcategoría (de 5 caracteres) que incluyan un punto (Por ejemplo: A00.1, G32.0, Z00.0).	Si	5		143
19	Segundo Diagnóstico (CIE10)	Se consignará el segundo diagnóstico definitivo según CIE10 a criterio del médico tratante.	C1. Si consigna un valor, debiera coincidir con los valores definidos por SUSALUD. C2. Solo se aceptan códigos CIE10 publicados por la OMS. (Enlace de referencia https://icd.who.int/browse10/2019/en). SUSALUD puede incluir códigos CIE10 cuando el Ministerio de Salud apruebe su uso en normas. C3. Solo se aceptan códigos a nivel de subcategoría que incluyan un punto (Por ejemplo: A00.1, G32.0, Z00.0). C4. De no haber un segundo diagnóstico deberá ir en blanco.	No	5		148
20	Tercer diagnóstico (CIE10)	Se consignará el tercer diagnóstico definitivo según CIE10 a criterio del médico tratante.	C1. Si consigna un valor, debiera coincidir con los valores definidos por SUSALUD. C2. Solo se aceptan códigos CIE10 publicados por la OMS. (Enlace de referencia https://icd.who.int/browse10/2019/en). SUSALUD puede incluir códigos CIE10 cuando el Ministerio de Salud apruebe su uso en normas. C3. Solo se aceptan códigos a nivel de subcategoría que incluyan un punto (Por ejemplo: A00.1, G32.0, Z00.0). C4. De no haber un tercer diagnóstico deberá ir en blanco.	No	5		153
21	Fecha de Prestación	Fecha de primera prestación de salud o de ingreso hospitalario. En formato: AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida.	Si	8		158

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
22	Hora de Inicio de la Prestación	Hora de la primera prestación de salud. En caso de hospitalización la fecha de inicio debe ser la de internamiento. Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. La hora debe ser válida.	Si	6		166
DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN							
23	Tipo del Profesional Responsable de la Prestación	00: Profesional sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetras del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Se tomará como referencia la IEDS - Identificaciones Estándar de Datos en Salud o su modificatoria.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		172
24	Número de Colegiatura del Profesional Responsable de la Prestación	Número de colegiatura del profesional de la salud	C1. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es diferente a '00', el campo no debe estar en blanco o nulo. C2. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	No	6		174
25	Tipo de documento de identidad del Profesional Responsable de la Prestación	1 = DNI 2 = Carnet de extranjería 3 = Pasaporte 4 = Documento de Identidad Extranjero	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	Si	1		180
26	Número del documento de identidad del profesional responsable	Número de documento de identidad del profesional responsable señalado en el numeral precedente	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco. C3: El campo debe estar alineado a la derecha. C4. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	Si	15		181
DEL PACIENTE QUE ES REFERIDO A OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
27	RUC de Entidad de Referencia	En el caso de que el asegurado ha sido transferida a otra entidad, para lo cual se consignará el RUC de la Entidad a donde se efectúa la transferencia de la prestación.	C1. Debe ser un RUC válido, en los casos en que no exista referencia a otro establecimiento se deberá consignar el RUC del prestador o IPRESS referido en el campo 1.	Si	11		196
28	Fecha de la Transferencia	Fecha de transferencia del paciente a otra IPRESS. Formato: AAAAMMDD	C1. Si el RUC del prestador o IPRESS es diferente al RUC de la entidad de referencia, deberá consignarse la fecha de transferencia del paciente. C2. Si el RUC del prestador o IPRESS es igual al RUC de la entidad de referencia, deberá consignarse en blanco.	No	8		207
29	Hora de transferencia	Hora de la transferencia. Formato HHMMSS (donde HH es de 00 hasta 23.)	C1. Si el RUC del prestador o IPRESS es diferente al RUC de la entidad de referencia, deberá consignarse una hora válida. C2. Si el RUC del prestador o IPRESS es igual al RUC de la entidad de referencia, deberá consignarse en blanco.	No	6		215
PRESTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, NECESARIO CUANDO EL CÓDIGO DEL TIPO DE PRESTACIÓN SEA HOSPITALARIA (H)							
30	Tipo de Hospitalización	C = Hospitalización Clínica, no se efectúa procedimiento quirúrgico. Q = Hospitalización Quirúrgica, se efectúa un procedimiento quirúrgico o de naturaleza obstétrica (cesáreas).	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. En el caso que tipo de cobertura es 5=Hospitalaria se validará: que el campo contenga valor "C" o "Q". C3. En el caso que tipo de cobertura es diferente de 5=Hospitalaria se validará: que el campo esté en blanco.	No	1		221
31	Fecha Ingreso Hospitalario	Fecha en la que el paciente es admitido en hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	C1. Si es una prestación hospitalaria, la fecha debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de la prestación. C2. Si es una prestación no hospitalaria, el campo deberá consignarse en blanco.	No	8		222
32	Fecha de Egreso Hospitalario	Fecha en la que el paciente egresa de hospitalización. Expresada en formato AAAAMMDD.	C1. Si es una prestación hospitalaria, la fecha debe ser mayor o igual a la fecha de ingreso hospitalario. C2. Si es una prestación no hospitalaria, el campo deberá consignarse en blanco.	No	8		230
33	Tipo de Egreso Hospitalario	01 = Alta Médica 02 = Alta Voluntaria 03 = Transferencia a otro establecimiento de IAFAS 04 = Transferencia a ESSALUD 05 = Fuga o Abandono 06 = Defunción 07 = Egreso de facturación (Sigue hospitalizado)	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos. C2. En caso que el campo Tipo de Cobertura es diferente a Hospitalario el campo debe estar en blanco.	No	2		238
34	Días de Estancia Facturable	Días de estancia facturable, en algunos casos puede ser diferente de lo consignado como la diferencia entre el Ingreso y el Egreso Hospitalario.	C1. En el caso que tipo de cobertura es 5=Hospitalaria se validará: que el campo contiene caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. En el caso que tipo de cobertura es diferente de 5=Hospitalaria se validará: que el campo esté en blanco.	No	3		240
ESTRUCTURA DEL GASTO PRESENTADO POR LA IPRESS							
35	Gasto por Honorarios y procedimientos sin IGV	Gasto cubierto por Honorarios y procedimientos (médicos o quirúrgicos), sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 (Mecanismo de Pago) de la Tabla 1 es diferente a 03, El monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (1). Tabla T3 Σ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	243
36	Gasto por Procedimientos Odontológicos sin IGV	Gasto cubierto por gasto odontológico, sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 (Mecanismo de Pago) de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (2). Tabla T3 Σ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	255
37	Gasto presentado por Hotelería, Servicio Clínico y Tópico sin IGV	Gasto cubierto por Servicios de Clínica (Hotelería, servicios clínicos y tópicos) sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 (Mecanismo de Pago) de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (3). Tabla T3 Σ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	267
38	Gasto por Exámenes auxiliares de laboratorio sin IGV	Gasto cubierto por exámenes auxiliares de laboratorio, sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 (Mecanismo de Pago) de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (4). Tabla T3 Σ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	279
39	Gasto por Exámenes auxiliares por imágenes sin IGV	Gasto cubierto por exámenes auxiliares por imágenes, sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 (Mecanismo de Pago) de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (5). Tabla T3 Σ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	291

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
40	Gasto por Farmacia e insumos sin IGV	Gasto cubierto por Medicamentos, insumos y otros no farmacológicos y material médico no incluido en gastos por procedimientos sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder, se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 [Mecanismo de Pago] de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los productos de farmacia. Tabla T4 $\sum$ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Producto Exento de IGV = 'A'	Si	12	2	303
41	Gasto en prótesis sin IGV	Gasto cubierto en prótesis sin IGV. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 [Mecanismo de Pago] de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (7). Tabla T3 $\sum$ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	315
42	Gasto en productos, servicios o medicamentos exonerados de IGV	Gasto cubierto por Medicamentos exonerados de IGV. En formato: '99999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 [Mecanismo de Pago] de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los productos de farmacia más los procedimientos o servicios exentos de IGV de todos los grupos contables. Tabla T4 $\sum$ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Producto Exento de IGV = 'D' + T3 $\sum$ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'D'	Si	12	2	327
43	Otros gastos por prestaciones de salud sin IGV	Otros Gastos por prestaciones de salud distintas a las señaladas sin IGV, tales como prótesis, etc. En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Si el campo 12 [Mecanismo de Pago] de la Tabla 1 es diferente a 03, el monto debe ser igual a la sumatoria de todos los servicios agrupados contablemente por el presente grupo (9). Tabla T3 $\sum$ (Montos Presentados - Montos No Cubiertos) cuando el campo Servicio Exento de Impuestos = 'A'	Si	12	2	339
44	Copago Fijo afecto a IGV sin IGV	Copago Fijo afecto a IGV sin IGV cobrado por la IPRESS En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	351
45	Copago Fijo exonerado de IGV	Copago Fijo exonerado de IGV cobrado por la IPRESS En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	363
46	Copago Variable afecto a IGV sin IGV	Copago Variable afecto a IGV sin IGV cobrado por la IPRESS En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	375
47	Copago Variable exonerado de IGV	Copago Variable exonerado de IGV cobrado por la IPRESS En formato: 99999999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	387
48	Total de Gastos Cubiertos sin IGV	Total de Gastos Cubiertos sin IGV En formato: 99999999.99	C1. Es un valor numérico con 2 decimales, igual a la Suma de los campos 35+36+37+38+39+40+41+42+43. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	399
Longitud de la tabla:							410
INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER LLENADO POR LA IAFAS							
49	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		411
50	Fecha de Nacimiento del Paciente	En formato AAAAMMDD.	C1 El campo debe contener una fecha válida y mayor al 31.dic.1899.	Si	8		412
51	Sexo del Paciente	1: Masculino 2: Femenino	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		420
52	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		421
53	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: 99999999.99	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	423
54	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	14		435
55	Fecha de Liquidación	Fecha de Liquidación por la IAFAS del Documento Facturador. Formato: AAAAMMDD	C1. El campo debe contener una fecha válida.	Si	8		449
Longitud de la tabla:							456

NOTA:

- a) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma. No hay separador de miles. Debe estar alineado a la derecha.
b) Todos los campos de moneda no soportarán que los montos puedan ser negativos.

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS 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]							
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 de Pago	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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 11 (Cantidad de prestaciones de salud del documento facturador) de la tabla 1	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 prestaciones de salud del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
DEL CORRELATIVO PARA EL SERVICIO O PROCEDIMIENTO							
6	Correlativo del Servicios o Procedimiento de la Prestación	Correlativo de los servicios de la prestación. El correlativo debe ser por prestación	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	Si	4		39
DE LA CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO O PROCEDIMIENTO							
7	Tipo Clasificación de Procedimiento y/o Servicio	02: De acuerdo a la IEDS: Identificaciones Estándar de Datos en Salud. Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud (CPMS) publicado con Resolución Ministerial N° 902-2017-MINSA y actualizaciones publicadas por el Ministerio de Salud. 04: Catálogo de Servicios Administrativos, publicado por el MINSA o en su defecto por SUSALUD.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		43
8	Código de Clasificación de Procedimiento y/o Servicio	Código de Clasificación de acuerdo con el tipo de nomenclador o catálogo usado.	C1. Debe corresponder a un código del Tipo de Clasificación de Procedimiento y/o Servicio	Si	10		45
9	Descripción del Procedimiento y/o Servicio	Descripción del Procedimiento y/o Servicio	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo. C2. Complementario a la descripción del estándar usado, por ejemplo: marca de la prueba de laboratorio, modelo del instrumental o equipo médico.	Si	70		55
10	Fecha del procedimiento o servicio complementario	Fecha en la que se realizó el primer procedimiento o servicio complementario expresada en formato AAAAMDD	C1. La fecha debe ser válida. C2. La fecha debe ser igual o mayor a la fecha de primera prestación de salud o de ingreso hospitalario (Tabla 2 ---> Campo 21).	Si	8		125
DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE BRINDA EL SERVICIO O PROCEDIMIENTO							
11	Tipo del Profesional Responsable de la Prestación	00: Profesional sin colegiatura 01: Colegio Médico del Perú 02: Colegio Químico Farmacéutico del Perú 03: Colegio Odontológico del Perú 04: Colegio de Biólogos del Perú 05: Colegio de Obstetras del Perú 06: Colegio de Enfermeros del Perú 07: Colegio de Trabajadores Sociales del Perú 08: Colegio de Psicólogos del Perú 09: Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú 10: Colegio de Nutricionistas del Perú Se tomará como referencia la IEDS - Identificaciones Estándar de Datos en Salud o su modificatoria.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	2		133
12	Número de Colegiatura del Profesional Responsable de la Prestación	Número de colegiatura del profesional de la salud	C1. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es diferente a '00', el campo no debe estar en blanco o nulo. C2. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	No	6		135
13	Tipo de documento de identidad del Profesional Responsable de la Prestación	1 = DNI 2 = Carnet de extranjería 3 = Pasaporte 4 = Documento de Identidad Extranjero	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	Si	1		141
14	Número del documento de identidad del profesional responsable	Número de documento de identidad del profesional responsable señalado en el numeral precedente	C1. Para el caso del DNI, se validará que contenga 8 caracteres y sean caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. Para otros casos diferentes al DNI, se validará que este campo no este en blanco. C3: El campo debe estar alineado a la derecha. C4. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo deberá ir en blanco.	Si	15		142
CANTIDAD Y MONTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS							
15	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. En formato: '99999'	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	Si	5		157
16	Monto unitario sin impuestos (*)	Corresponde al precio por procedimiento o servicio complementario. Dicho monto no incluirá impuestos. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2: El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	162
17	Copago variable por procedimiento o servicio complementario (*)	Corresponde al Copago variable del procedimiento o servicio complementario. Dicho monto no incluirá el IGV. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2: El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	174
18	Copago fijo por procedimiento o servicio complementario (*)	Corresponde al Copago fijo del procedimiento o servicio complementario. Dicho monto no incluirá el IGV. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2: El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	186
19	Monto Presentado de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*)	Corresponde al monto sin impuestos de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) presentado(s) por la IAFAS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. Corresponderá a la multiplicación de los campos "Número de Veces que se brindó el procedimiento" por "Monto Unitario sin impuestos" En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2: El campo debe estar alineado a la derecha. C3. El margen de tolerancia para la validez del dato es de +/- 0.25, respecto a la multiplicación de los campos "Número de Veces que se brindó el procedimiento o servicio complementario" y "Monto Unitario sin Impuestos". La tolerancia será acumulativa por todos los servicios (T3) y productos de farmacia (T4) de la prestación, correspondientes al campo "Correlativo de la Prestación" y esta no deberá sobrepasar el margen de +/-0.25	Si	12	2	198
20	Monto No Cubierto de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) (*)	Corresponde al monto sin impuestos de (los) procedimiento(s) o servicio(s) complementario(s) y no cubierto(s) por la IAFAS. En formato: '999999999.99'	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2: El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	210
DEL DIAGNÓSTICO ASOCIADO							

TABLA 3: DETALLE DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS 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]							
N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas	Obligatorio	Longitud	Decimal	Posición Inicial
21	Diagnóstico Asociado	Diagnóstico Asociado al Procedimiento o Servicio Complementario. De no tenerse se consignará el diagnóstico principal o en blanco.	C1. De corresponder puede ser el primer, segundo o tercer diagnóstico (CIE10) de la tabla 2, asociados a la prestación.	Si	5		222
SERVICIO EXENTO DE IMPUESTOS							
22	Servicio Exento de Impuestos	Indicador de exoneración en el cobro de impuestos A. Servicio No exonerado de Impuesto D. Servicio Exonerado de Impuesto	El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	Si	1		227
RUBRO DEL SERVICIO							
23	Código Rubro	01 Hotelería (cuarto y alimentación) 02 Consultas/Honorarios 03 Servicios Clínicos 04 Laboratorio 05 Farmacia/Insumos 06 Rayos X 07 Tratamientos Especiales 08 Ayudantes - Instrumentistas 09 Cirujano 10 Exámenes auxiliares y/o especiales (imágenes) 11 Anestesiistas 12 Tratamiento paliativo y terapia del dolor 13 Procedimientos odontológicos 14 Prótesis 15 Otros	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos.	Si	2		228
Longitud de la tabla:							229
INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)							
24	Cantidad prescrita del procedimiento o servicio	Número de unidades prescritas del procedimiento o servicio.	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	No	5		230
25	Resultado del procedimiento o servicio	Descripción del resultado del procedimiento o servicio.	C1. El campo debe contener valores alfanumericos.	No	10		235
Longitud de la tabla:							244

NOTA:

- a) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma. No hay separador de miles. Debe estar alineado a la derecha.
b) Todos los campos de moneda no soportarán montos negativos.

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]							
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 de Pago	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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar 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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 11 (Cantidad de prestaciones de salud del documento facturador) de la tabla 1	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 prestaciones de salud del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN							
6	Correlativo de los Productos de Farmacia de la atención	Correlativo de los Productos de Farmacia de la Atención. El Correlativo debe ser por prestación	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	Si	4		39
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE FARMACIA							
7	Tipo de producto	M: Medicamento o producto de origen biológico P: Suplemento dietético, edulcorante, producto galénico, producto natural, agente de diagnóstico, radiofármaco o gas medicinal. I: Insumo, material, dispositivo médico o prótesis R: Preparado magistral B: Productos sanitarios o cosméticos A: Suplemento alimenticio	Solo debe contener uno de los valores definidos.	Si	1		43
8	Catálogo	1 = Catálogo GTIN (EAN), según el DS 024-2005-SA: Identificación de Datos Estándar en Salud. Se acepta GTIN-8, GTIN-12 o GTIN 13 2 = Código de productos y servicios estándar de las Naciones Unidas (UNSPSC) según lo publicado por la SUNAT 9 = No aplica	• Solo debe contener uno de los valores definidos • Para el tipo de productos M sólo puede consignarse valor = 1 • P, I, B, A sólo puede consignar los valores 1 ó 2. • Si el Tipo de Producto es igual a R, el valor a consignar es igual a 9 (No aplica)	Si	1		44
9	Código de producto	Código del Producto según el catálogo definido	• Si el tipo de producto es igual a M, P, I, B, A; el código de producto es obligatorio. • Si tipo de producto es igual a M sólo se acepta código del catálogo GTIN. • Si el tipo de producto es P, I, B, A; el valor corresponde a los catálogos GTIN o UNSPSC • Para los códigos del catálogo UNSPSC Si el producto no se encuentra clasificado en el cuarto nivel del catálogo (Commodity) se debe considerar mínimamente hasta el tercer nivel jerárquico (Clase), completando los 8 dígitos con dos ceros '00' como cuarto nivel. • Si el valor es igual a R, el código de producto = 'XXXXXXXXXXXX'.	Si	13		45
DEL EXPENDIO DEL PRODUCTO DE FARMACIA							
10	Fecha de Dispensación de Farmacia	Fecha en la que se realizó la Dispensación. Formato AAAAMDD	C1. La fecha debe ser válida. C2. La fecha debe ser igual o mayor a la fecha de primera prestación de salud o de ingreso hospitalario (Tabla 2 ---> Campo 21).	Si	8		58
11	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.	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	7	2	66
12	Tipo de unidad de dispensación	1: Por empaque 2: Por fracción	C1.Solo debe contener uno de los valores definidos. *El reporte por empaque hace referencia a la Caja, Blister, Dispensador. **El reporte por fracción hace referencia a la unidad mínima de dispensación, por ejemplo: tableta, vial, frasco, tubo, pote,....	Si	1	0	73
13	Monto Unitario sin Impuesto (*)	Corresponde al precio por unidad de dispensación del producto de farmacia. Dicho monto no incluirá el IGV. Formato: '99999999.99'	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha. * El Monto unitario debe expresarse de acuerdo al tipo de unidad de dispensación.	Si	12	2	74
14	Copago del Producto de Farmacia (*)	Corresponde al Copago del producto de Farmacia por la cantidad vendida del producto dispensado o consumido, de corresponder. Formato: '99999999.99'	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	86
15	Monto(s) Presentado(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*)	Corresponde al monto presentado(s) de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) por la IAFAS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. Corresponderá a la multiplicación de los campos ' <i>Cantidad de Venta del Producto</i> ' y ' <i>Monto Unitario sin Impuesto</i> '. Formato: '99999999.99'	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha. C4. El margen de tolerancia para la validez del dato es de +/- 0.25, respecto a la multiplicación de los campos ' <i>Cantidad de Venta del Producto</i> ' y ' <i>Monto Unitario sin Impuesto</i> '. La tolerancia será acumulativa por todos los servicios (T3) y productos de farmacia (T4) de la prestación correspondientes al campo " <i>Correlativo de la Prestación</i> " y esta no deberá sobrepasar el margen de +/-0.25	Si	12	2	98
16	Monto(s) No Cubierto(s) de (los) Producto(s) de Farmacia (*)	Corresponde al monto de (los) producto(s) de farmacia reportado(s) y no cubiertos por la IAFAS. Debe ser obtenido sin restar los Copagos ni descuentos. Formato: '99999999.99'	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	110
DEL DIAGNÓSTICO ASOCIADO AL PRODUCTO DE FARMACIA							
17	Diagnóstico Asociado al Producto de Farmacia	Diagnóstico asociado a cada producto de farmacia reportado. De no tenerse se consignará el diagnóstico principal.	C1. De corresponder puede ser el primer, segundo o tercer diagnóstico (CIE10) de la tabla 2, asociados a la prestación.	Si	5		122
DEL PRODUCTO DE FARMACIA EXENTO DE IMPUESTOS							
18	Productos Exento de IGV	Indicador de exoneración en el cobro de impuestos A. Producto No exonerado de Impuesto D. Producto Exonerado de Impuesto	El campo debe contener valores 'A' o 'D'.	Si	1		127
19	Guía de farmacia	Se consiga la guía de la farmacia con la cual fue expendido el/los medicamentos	C1. De no corresponder se consignará 'XXXXXXXXXXXX'	Si	12		128
Longitud de la tabla:							139

INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

TABLA 4: 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]							
N°	Nombre del Campo	Descripción y formato	Criterios de consistencia básicas a ser consideradas	Obligatorio	Longitud	Decimal	Posición Inicial
20	Cantidad prescrita del Producto	Número de unidades prescritas del Producto.	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	No	7		140
Longitud de la tabla:							146

NOTA:
a) Los montos decimales deberán consignarse con punto decimal, no con coma. No hay separador de miles. Debe estar alineado a la derecha.
b) Todos los campos de moneda no soportarán montos negativos.

TABLA 5: 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]							
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 de Pago	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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de Documento de Pago	Número del Documento de Pago emitido para facturar En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 11 (Cantidad de prestaciones de salud del documento facturador) de la tabla 1	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 prestaciones de salud del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN							
6	Correlativo de los Servicios Odontológicos	Correlativo de los Servicios Odontológicos de la Atención.	C1. El campo no debe estar en blanco o nulo. C2. Corresponde al correlativo del Servicio en la Tabla 3 (Campo 6).	Si	4		39
DE LAS PIEZAS TRATADAS							
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.	C1. El campo debe contener valores que corresponden a la Tabla de Odontograma Oficial consignado por el Colegio Odontológico del Perú.	Si	2		43
8	Superficie Dentaria Mesial	Si se ha efectuado curación en la superficie Mesial se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		45
9	Superficie Dentaria Lingual	Si se ha efectuado curación en la superficie Lingual se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		46
10	Superficie Dentaria Distal	Si se ha efectuado curación en la superficie Distal se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		47
11	Superficie Dentaria Vestibular	Si se ha efectuado curación en la superficie Vestibular se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		48
12	Superficie Dentaria Oclusal	Si se ha efectuado curación en la superficie Oclusal se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		49
13	Superficie Dentaria Toda la Pieza	Si se ha efectuado curación en toda la pieza se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		50
14	Superficie Dentaria Palatina	Si se ha efectuado curación en la superficie Palatina se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		51
15	Superficie Dentaria Cervical	Si se ha efectuado curación en la superficie Cervical se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		52
16	Superficie Dentaria Incisal	Si se ha efectuado curación en la superficie Incisal se consignará '1', de lo contrario se consignará '0'	C1. El campo debe contener solo valores binarios	Si	1		53
Longitud de la tabla:							53

TABLA 6: DATOS ADICIONALES DE LAS 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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de documento de pago que sustenta la prestación	Número del documento de pago emitido para sustentar la prestación En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 5 de la tabla 2	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 prestaciones de salud" del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
DE LA PRESTACIÓN							
6	Tipo de producto del afiliado	Catálogo de productos que se emplea en el Registro de Afiliados al AUS, proporcionado por SUSALUD	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos en el catálogo de productos. C2. El campo no debe estar en blanco o nulo. En caso la IAFAS no defina la obligatoriedad del campo, este se consignará con '99999'. La existencia del código será validada.	Si	20		39
7	Unidad Productora de Servicios de Salud (UPS)	Código de la UPS según el Decreto Supremo 024-2005 del MINSA - IEDS 005: Unidad Productora de Servicios en Establecimientos de Salud.	C1. Debe ser un código registrado en el catalogo de UPS del MINSA. C2. De no corresponder se consignará '999999'	Si	6		59
8	Procedencia de la prestación	01: Por referencia desde otra IPRESS 02: Por interconsulta de otro servicio de la misma IPRESS 03: Por Control o seguimiento de una consulta anterior 06: Por contrarreferencia 07: Del servicio de Emergencia 08: Sin indicación de algún profesional de la salud 09: Otros	C1. Debe contener uno de los valores definidos. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	2		65
9	Lugar de atención	1: Intramural 2: Extramural	C1: Debe registrar uno de los valores. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	1		67
10	Códigos de prestaciones adicionales	Es el código de prestacion adicional, debe estar de acuerdo al catálogo de Subtipo de cobertura del SIS	C1: En caso se de una prestación adicional, el campo no debe encontrarse vacío. C2: Corresponde al valor registrado en el FUA del SIS. C3. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	40		68
11	Concepto prestacional	1 Atención directa 2 Cobertura extraordinaria 3 Traslado 4 Sepelio 5 Natimuerto 6 Óbito 7 Otro	C1. Se debe consignar solo uno de los valores. C2: Corresponde al valor registrado en el FUA del SIS.	No	1		108
12	Código de cobertura extraordinaria	Número de la autorización otorgado por el aplicativo de cobertura extraordinaria.	C1. Debe registrar valores alfanumericos. C2. Corresponde al valor registrado en el FUA del SIS. C3. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	15		109
13	Monto de cobertura extraordinaria	Monto total autorizado, es decir, la sumatoria de la autorización y ampliación(es) otorgadas para dicho evento.	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9]. C2. De no corresponder se consignará '0.00'. C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	12	2	124
14	Destino del asegurado	Alta=1 Cita=2 Hospitalizacion=8 Referido Emergencia = 3 Referido Consulta Externa=4 Referido Apoyo Al Diagnostico=5 Contrareferido = 6 Fallecido= 7 Corte Admin=9	C1. Debe registrar uno de valores definidos. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	1		136
15	Grupo De Riesgo HVB	Grupo De Riesgo HVB: 1. Trabajador De Salud 2. Trabajadores Sexuales 3. HSH 4. Privado Libertad 5. FF. AA. 6. Policía Nacional 7. Estudiantes De Salud 8. Polítránfundidos 9. Drogo Dependientes	C1. Si aplica se debe registrar solo uno de los valores definidos. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	2		137
DEL REGISTRO DE LA CITA							
16	Registro de cita	1: Prestación con cita 0: Prestación sin cita	C1. Debe registrar uno de los valores	Si	1		139
17	Fecha de registro de la cita	Fecha en la que se registro la programación de cita del paciente por parte de la IPRESS En formato:AAAAMMDD	C1: La fecha debe ser válida C2: El campo debe llenarse de forma obligatoria si el Campo 16 = 1 C3. La fecha consignada no debe ser mayor que la fecha de prestación. C4. En el caso que la prestación no se haya brindado a través de una cita programada (Campo 16 = 0), debe consignarse la fecha de la prestación (Tabla 2 -> Campo 21).	Si	8		140
DATOS DEL PACIENTE, ANTROPOMÉTRICOS Y HEMOGLOBINA							
18	Fecha de Nacimiento del asegurado	En formato AAAAMMDD.	C1 El campo debe contener una fecha válida	Si	8		148
19	Sexo del asegurado	Sexo del asegurado 1: Masculino 2: Femenino	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	1		156
20	Etnia	Código de etnia, de acuerdo al catálogo de Etnias	C1. Solo debe contener uno de los valores. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	3		157
21	Perímetro cefálico	Registro en centímetro del perímetro cefálico. Formato: 99.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha. C3. Solo se informa en niños o niñas menores de 5 años	Si	5	2	160
22	Perímetro abdominal	Registro en centímetro del perímetro abdominal. Formato: 999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	6	2	165

TABLA 6: DATOS ADICIONALES DE LAS 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
23	Peso	Registro del peso del evaluado en kilogramos. Formato: 999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	6	2	171
24	Talla	Registro de la talla del evaluado en centímetros. Formato: 999.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	6	2	177
25	Hemoglobina	Registro del valor del resultado del dosaje de hemoglobina del evaluado Formato: 99.99	C1. Debe consignar un valor numérico con 2 decimales. De no corresponder se consignará '0.00'. C2. El campo debe estar alineado a la derecha.	Si	5	2	183
DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL							
26	Estado de la paciente mujer	01: Gestante 02: No Gestante 03: Puérpera	C1. Debe consignar uno de los valores de forma obligatoria en caso el paciente sea de sexo femenino. C2. Si el sexo del paciente es masculino, el campo debe estar en blanco.	No	2		188
27	Semanas de gestación	Semana en que se encuentra gestando. Formato: 99	C1. Debe consignar un valor numérico. De no corresponder se consignará '0'. C2. El valor debe ser entre 0 a 45 semanas C3. El campo debe estar alineado a la derecha.	No	2		190
28	Fecha probable de parto	Fecha probable en que la gestante entrará en labor de parto. En formato: AAAAMMDD	C1. La fecha consignada no debe ser mayor que la fecha de prestación. C2. De no corresponder el campo deberá consignarse en blanco.	No	8		192
DETALLE DEL RECIEN NACIDO VIVO (para el caso de partos)							
29	Tipo de Nacido	1: Único 2: Doble 3: Triple 4: Mas de 3	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	1		200
30	Tipo de Parto	1: Cesarea 2: Espontaneo 3: Instrumentado 4: No se conoce 5: Otros	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	No	1		201
31	Sexo del recién nacido	1: Masculino 2: Femenino 3: Sin determinar aun	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	No	1		202
32	Fecha del Nacimiento del recién nacido	Fecha de nacimiento del recién nacido. Formato AAAAMMDD	C1. La fecha debe ser válida C2. La fecha debe ser igual a la fecha de parto de la madre. C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	8		203
33	Peso al nacer del recién nacido	Expresado en Gramos	C1. El valor debe ser positivo mayor a cero y menor a 8001. C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	4		211
34	Talla al nacer del recién nacido	Expresado en Centímetros	C1. El valor debe ser positivo mayor a cero y menor que 60 cms. C2. De no corresponder se consignará '0.00'.	No	5	2	215
35	Apgar al primer minuto	Apgar al primer minuto	C1. El valor numérico debe ser válido, entre el rango de 0 a 10. C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	2		220
36	Apgar a los cinco minutos	Apgar a los cinco minutos	C1. El valor numérico debe ser válido, entre el rango de 0 a 10. C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	2		222
37	Edad Gestacional del recién nacido (método Capurro)	Edad Gestacional del recién nacido (método Capurro)	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos. C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	2		224
38	Perímetro cefálico del recién nacido.	Expresado en centímetros	C1. El valor debe ser positivo mayor a cero. C2. De no corresponder se consignará '0.00'.	No	5	2	226
39	Perímetro torácico del recién nacido.	Expresado en centímetros	C1. El valor debe ser positivo mayor a cero. C2. De no corresponder se consignará '0.00'.	No	5	2	231
DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN							
40	Tipo de especialidad del profesional responsable de la prestación	Código de tipo de especialidad registrada en el registro nacional que corresponda al profesional de la salud.	C1. Debe ser un código de especialidad válido C2. En el caso que el profesional responsable de la prestación no tenga especialidad el campo debe estar en blanco. C3. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo debe estar en blanco (Tabla 2 --> Campo 23 = '00')	No	3		236
41	Número de Especialidad del Profesional Responsable de la Prestación	Número de Especialidad en el Registro Nacional que corresponda del profesional de la salud	C1. Debe ser un número de de especialidad válido. C2. En el caso que el profesional responsable de la prestación no tenga especialidad el campo debe estar en blanco. C3. En el caso que el Tipo del Profesional Responsable de la Prestación es igual a '00', el campo debe estar en blanco. C4. El campo debe ser numérico y estar alineado a la derecha.	No	6		239
42	Origen del personal que atiende	Lugar donde trabaja el profesional de salud 1: De la IPRESS 2: Itinerante 4: Oferta flexible	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos. C2: Corresponde al valor registrado en el FUA del SIS. C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	1		245
43	Código de oferta flexible	Código del equipo de salud que brinda atención extramural preventiva y/o recuperativa de manera complementaria a la red local de servicios de salud, Ejm: telesalud o brigadas	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos. C2: Corresponde al valor registrado en el FUA del SIS. C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	10		246
DEL PACIENTE QUE ES REFERIDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
44	Código de la IPRESS que refiere	En el caso de que el asegurado ha sido referido de otra IPRESS, se consignará el código RENIPRESS de SUSALUD.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según el RENIPRESS. C2. Es obligatorio cuando el tipo de cobertura es Referencia (Tabla 2 --> Campo 16 = R) C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	8		256
45	Número de hoja de referencia	Es el número asignado a la referencia realizada.	C1. El campo debe contener caracteres alfanuméricos. C2: El campo debe llenarse de forma obligatoria si el Campo 44 consigna un código de IPRESS. C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	20		264
DEL PACIENTE QUE ES TRANSFERIDO A OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
46	Código de IPRESS a donde es transferido por Referencia	En el caso de que el asegurado ha sido transferido a otra entidad, para lo cual se consignará el código RENIPRESS de la Entidad a donde se efectúa la transferencia de la prestación.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos según el RENIPRESS. C2. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	8		284
47	Número de hoja de transferencia	Es el número asignado a la transferencia realizada.	C1. El campo debe contener caracteres alfanuméricos. C2: El campo debe llenarse de forma obligatoria si el Campo 46 consigna un código de IPRESS. C3. De no corresponder el campo debe ir en blanco.	No	20		292
PRESTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, NECESARIO CUANDO EL CÓDIGO DEL TIPO DE PRESTACIÓN SEA HOSPITALARIA (H)							
48	Hora de Ingreso a Hospitalización	Es la hora de la fecha en la que el paciente es admitido e ingresa a una UPS de Hospitalización.	C1. Si es una prestación hospitalaria (Tabla 2 --> Campo 16 = 5), la hora debe tener el siguiente formato HHMMSS. C2. Si es una prestación no hospitalaria, el campo deberá consignarse en blanco.	No	6		312
49	Fecha de corte administrativo	Fecha en que se realiza la facturación para estancia hospitalaria prolongada. Formato: AAAAMMDD	C1. Si es una prestación hospitalaria (Tabla 2 --> Campo 16 = 5) y el Egreso es por Facturación (Tabla 2 --> Campo 33 = 07), debe ingresarse un valor. C2. Si es una prestación no hospitalaria, el campo deberá consignarse en blanco.	No	8		318
DE LA EMERGENCIA (NECESARIO CUANDO EL TIPO DE PRESTACIÓN SEA EMERGENCIA)							
50	Fecha de Ingreso a Emergencia	Es la fecha en la que el paciente es admitido e ingresa a una UPS de Emergencia Formato: AAAAMMDD	C1: La fecha debe ser válida en formato AAAAMMDD C2: El campo debe llenarse de forma obligatoria si el Tabla 2 --> Campo 16 (tipo prestación) = 6 C3: Para tipos de prestación diferentes a 6, el campo debe rellenarse con espacios en blanco. C4. Si es una prestación de emergencia la fecha debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de la prestación.	No	8		326

TABLA 6: DATOS ADICIONALES DE LAS 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]

[illegible]

TABLA 8: DETALLE DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS, VACUNACION Y OTROS							
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]							
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 pública) 99. Otros documentos autorizados por la SUNAT	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos C2. Tipo de Documento = 11, aplica cuando la IAFAS es pública y el modelo de pago es Prospectivo.	Si	2		20
4	Número de documento de pago que sustenta la prestación	Número del documento de pago emitido para sustentar la prestación En formato: XXXX99999999 (serienúmero).	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		22
5	Correlativo de la prestación	El número debe estar en concordancia con el campo 5 de la tabla 2	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 prestaciones de salud" del documento facturador de la tabla 1.	Si	5		34
6	Correlativo del servicio	El número debe estar en concordancia con el campo 6 de la tabla 3	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 prestaciones de salud" del documento facturador de la tabla 1.	Si	4		39
DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA, VACUNACIÓN U OTROS							
7	Correlativo del parámetro	Correlativo de la actividad preventiva, vacunación u otro brindada en una prestación El Correlativo debe ser por prestación	C1. El campo debe contener caracteres que corresponden al rango numérico del [0 al 9].	Si	4		43
8	Código del parámetro medido en la actividad	Código de la actividad preventiva, vacunación u otro brindado en la prestación. El código debe estar registrado en el catálogo de Actividades Adicionales.	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	3		47
9	Valor del parámetro	Valor obtenido de la actividad reportada	C1. Solo debe contener uno de los valores definidos	Si	15		50
							64