

## INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO RE- PORTE DE RED DE FARMACIAS

De conformidad con los requerimientos dentro del proceso de contractual para la prestación de servicios de salud y salud en el trabajo de la población afiliada al Fondo de Prestaciones del Magisterio, se requiere realizar un diligenciamiento oferta de farmacias que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud. Dicha información deberá ser diligenciada por cada una de las regiones sobre la cual se presenta:

Los campos se deben diligenciar de acuerdo con las siguientes instrucciones:

La hoja denominada Red de Gestores Disp., corresponde a la disponibilidad de los Puntos de Dispensación a nivel nacional de acuerdo con la red ofertada en la Región, en el formato se debe indicar las farmacias habilitadas las cuales le prestan servicios a los contratistas afiliados al MAGISTERIO

**PERIODICIDAD DE REPORTE.** Mensual.

**CORTE PARA EL REPORTE.** El día 30 de cada mes.

### CARACTERISTICAS DEL ARCHIVO:

- A.** En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato corresponde a los siguientes: A-Alfanumérico N-Numérico D-decimal F-Fecha T-Texto con caracteres especiales. Colocar las abreviaturas o Sigla de cada palabra.
- B.** Los nombres de archivos y los datos de estos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- C.** En el archivo la fecha corresponde a formato es numérico y la longitud de la variable debe tener un máximo de 8 caracteres y, de acuerdo con el formato AAAA-MM-DD, donde: AAAA corresponde al año, MM corresponde al mes, DD corresponde al día.

### CUERPO DEL FORMATO:

#### Reporte de Red de Farmacias (Red de Gestores Disp.)

1. **NOMBRE DEL OFERENTE.** Diligencie el nombre del proponente. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

2. **REGION** Diligencie la regional para la cual presenta oferta. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
3. **NOMBRE DEL DEPARTAMENTO.** Diligencie el nombre del departamento donde se ubica la Farmacia. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.
4. **TIPO PUNTO DE DISPENSACIÓN.** Diligencie si la atención del Punto de Dispensación es propia de la IPS o es externa.
  1. Punto de Dispensación de IPS
  2. Punto de Dispensación Externa El campo es numérico.

**CLASES DE PUNTOS DE DISPENSACIÓN.** Diligencie sí;

- A. Punto de Dispensación Principal (Son Punto de Dispensación de Medicamentos principal en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional)
- B. Punto de Dispensación de Apoyo (Son Punto de Dispensación de Medicamentos de apoyo en todos los puntos de atención de prestación de servicios de salud que conforman la regional)
- C. Punto de Dispensación de 24 Horas (Son Punto de Dispensación de Medicamentos de 24 horas en municipios de más de 400 usuarios)
- D. Punto de Dispensación Controlados y/o Alto Costo (Son Punto de Dispensación de Medicamentos controlados y de alto costo en todas las capitales del departamento, definiendo el procedimiento de entrega de medicamentos para los usuarios que no residen en estas localidades) El campo es numérico.

**PUNTO DE ATENCIÓN DE DISPENSACIÓN.** Diligencie el municipio donde se encuentra ubicada el Punto de Dispensación de Medicamentos. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

**NOMBRE DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** Diligencie el nombre del Punto de Dispensación de Medicamentos. En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales.

**DIRECCIÓN DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** Diligencie la dirección del Punto de Dispensación de Medicamentos. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma".

**TELÉFONO DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** Diligencie el teléfono del Punto de Dispensación de Medicamentos. El campo puede ser numérico separador guion "-" si es más de un teléfono.

**HORARIO DE ATENCIÓN DEL PUNTO DE DISPENSACIÓN.** Diligencie el horario de la atención del Punto de Dispensación de Medicamentos., primero colocar los días de atención y luego el horario de atención. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma" Formato Hora: HH-MM

**CODIGO HABILITACION IPS AMBULATORIA O NÚMERO DE CAMARA DE COMERCIO O REGISTRO MERCANTIL.** Diligencie uno de los documentos solicitados. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma"

**No. FOLIO DEL CONTRATO.** Diligencie número de folio del contrato. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma"

**No. FOLIO COPIA DEL SOPORTE DE HABILITACIÓN O REGISTRO COMERCIAL SEGÚN EL TIPO DE FARMACIA.** Diligencie número de folio copia del soporte de habilitación o registro comercial según el tipo de farmacia. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma"

**No. FOLIO DESCRIPCIÓN MECANISMO DE ENTREGA EXCEPCIONAL DE MEDICAMENTOS.** Diligencie número de folio descripción de entrega excepcional de medicamentos. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula. separador "coma"

Es importante indicar que los campos deben estar diligenciados en conformidad de las instrucciones mencionadas en el instructivo, la información debe ser veraz y concisa, la ausencia de alguno de los campos o no diligenciamiento adecuado genera una invalidación de la estructura correspondiente y no se continúa en el proceso de evaluación.