

ANEXO TÉCNICO, ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS REPORTES

Los Laboratorios Farmacéuticos deben reportar las transferencias de valor realizadas a Profesionales de la Salud, Organizaciones de Salud e Instituciones Médicas, Organizaciones de Pacientes, I+D, y asistencia a eventos. En este anexo técnico se especifican detalles del formato y la estructura para completar los reportes, así como las características de los archivos planos que se deben subir a la plataforma.

a) Estructura de los Reportes

En esta sección se especifican detalles relacionados a la longitud máxima de caracteres, formato del campo e información del campo para completar los reportes de transferencias de valor.

Se incorporan tablas con el detalle para cada reporte:

Tabla 1. Reporte a Profesionales de la salud.

Tabla 2. Reporte a Organizaciones de Salud e Instituciones médicas.

Tabla 3. Reporte a Organizaciones de Pacientes.

Tabla 4. Reporte de Investigación Clínica (Investigación y Desarrollo, I+D).

Tabla 1. Reporte a Profesionales de la Salud.

N°	Nombre del campo en el reporte	Longitud máxima de caracteres	Formato campo	de Información del campo	Obligatorio
0	Nombre de la compañía	-	Texto	Nombre de la empresa miembro CIF que reporta.	Si
1	Período de Reporte	-	Texto	Meses que comprende las transferencias de valor a reportar: Mes 1 año – Mes 2 año (Ejemplo: Enero 2022 – Marzo 2022)	Si
2	Nombres	250	Texto	Nombre completo del receptor de la transferencia de valor, con espacios, en caso de que tenga dos nombres: Nombre 1 Nombre 2 (Ejemplo: María Verónica).	Si
3	Apellidos	250	Texto	Apellido Paterno y Materno del receptor de la transferencia de valor, con espacios: Apellido 1 Apellido 2 (Ejemplo: Ortúzar Cruz).	Si
4	RUN	12	Texto / Número (XX.XXX.XXX-X)	Identificación del receptor de la transferencia de valor, con punto y guion, aunque reciba la transferencia de valor a través de un tercero. Rol Único Nacional (RUN). (Ejemplo: XX.XXX.XXX-X)	Si
5	Profesión	-	Texto	Categoría / Profesión que mejor represente al receptor de la transferencia de valor. Se debe seleccionar una categoría dentro de esta lista preestablecida: "Médico; Enfermera; Odontólogo; Obstetra; Profesión Farmacéutica; Otra Profesión"	Si

6	Tipo de transferencia de valor	-	Texto	<p>Categoría de la actividad que corresponde a la transferencia de valor realizada.</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida en el reporte "Subvención para participación en congresos o actividades educativas de carácter científico; Honorarios por consultoría o servicios afines)</p>	Si
7	Traslado, hospedaje, viaje y/o inscripción	20	Número	<p>Monto final ejecutado en traslado, hospedaje y/o viaje. En el caso de que no se efectuase un pago en traslado, hospedaje y/o viaje, se debe reportar en el campo valor "0".</p> <p>Pesos chilenos, sin decimales, sin puntos (.), ni comas (,).</p>	Si, siempre y cuando se realice un pago en traslado, hospedaje y/o viaje a beneficios del profesional de la salud.
8	Pago por consultoría y/o servicio	20	Número	<p>Monto final ejecutado en pago por consultoría y/o servicio. En el caso de que no se efectuase un pago por consultoría y/o servicio, se debe reportar en el campo valor "0".</p> <p>Pesos chilenos, sin decimales, sin puntos (.), ni comas (,).</p>	Si, siempre y cuando se realice pago por consultoría y/o servicios al profesional de la salud.
9	Descripción de la consultoría/ servicio, o el traslado/ hospedaje/ inscripción (opcional)	250	Texto	<p>Detalle de la Consultoría/Servicio o el Traslado/ Hospedaje/ Inscripción realizado por el Laboratorio Farmacéutico por la cual se le realizó la transferencia de valor al profesional de la salud .</p>	Opcional. Se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la

					transferencia de valor realizada.
12	Pago realizado a:	-	Texto	<p>Indicador que especifica si el receptor recibe directamente la transferencia de valor, o a través de un intermediario o un tercero.</p> <p>Ejemplo: Si la transferencia de valor se realiza a través de un tercero, como por ejemplo una agencia de viaje en el caso de que se contrate a esta para la compra de pasajes u hospedaje e inscripción, se debe de elegir la opción "A un tercero".</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Profesional de la salud; Empleador del Profesional de la salud; A un tercero"</p>	Si
13	Fecha de la transferencia de valor	10	Texto / Número	Fecha en que se realizó la Transferencia de valor al sujeto pasivo: dd-mm-aaaa, (día- mes - año), Ejemplo: 30-03-2021.	Si

Tabla 2. Reporte a Organizaciones de Salud e Instituciones médicas.

N°	Nombre del campo en el reporte	Longitud máxima de caracteres	Formato campo	del Información del campo	Obligatorio
0	Nombre de la compañía	--	Texto	Nombre de la empresa miembro CIF que reporta.	Si
1	Período de Reporte	-	Texto	Meses que comprende las transferencias de valor a reportar: Mes 1 año – Mes 2 año (Ejemplo: Enero 2022 – Marzo 2022)	Si
2	Nombre	250	Texto	Nombre completo o razón social del receptor de la transferencia de valor.	Si
3	RUT	12	Texto / Número (XX.XXX.XXX-X)	Identificación del receptor de la transferencia de valor, con punto y guion, aunque reciba la transferencia de valor a través de un tercero. Registro Único Tributario (RUT). (Ejemplo: XX.XXX.XXX-X)	Si
4	Categoría	--	Texto	Categoría que mejor representa al receptor de la transferencia de valor. Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Sociedad Científica; Prestador institucional de Salud (Hospitales, Clínica y cualquier otro centro de salud); Centros de Investigación científica; Centro de Educación (Universidades, Universidades Técnicas, Institutos); Colegios profesionales relacionado con el área de la Salud"	Si
5	Tipo de transferencia de valor	--	Texto	Categoría que corresponde a la transferencia de valor realizada. Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida:	Si

				"Contratación de servicios o estudios; Apoyo para actividades, iniciativas o proyectos; Donaciones", respectivamente	
6	Pago por consultoría y/o servicio	20	Número	Monto final ejecutado en pago por consultoría y/o servicio. En el caso de que no se efectuase un pago por consultoría y/o servicio, se debe reportar el campo "0". Pesos chilenos, sin decimales, sin puntos (.), ni comas (,).	Si, siempre y cuando se realice pago por consultoría y/o servicios a la Organización de Salud e Institución médica.
7	Descripción de la consultoría y/o servicio (opcional)	250	Texto	Descripción de la consultoría o servicio realizado por la Organización de Salud e Institución médica por el cual se le realizó la transferencia de valor.	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.
8	Valor del Patrocinio o Auspicio	20	Número	Monto final ejecutado en pago por patrocinio o auspicio. En el caso de que no se efectuase un pago por patrocinio o auspicio, se debe reportar el campo "0". Pesos chilenos, sin decimales, ni puntos (.) ni comas (,).	Si, siempre y cuando se realice pago por patrocinio o auspicio.
9	Descripción del Patrocinio o Auspicio (opcional)	250	Texto	Descripción del patrocinio o auspicio por el cual se le realizó la transferencia de valor.	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios

					farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.
10	Valor de la donación	20	Número	<p>Monto final ejecutado en donaciones, si la donación es en especie se debe de especificar su valor. En el caso de que no se efectuase una donación, se debe reportar el campo "0".</p> <p>Pesos chilenos, sin decimales, ni puntos (.) ni comas (,).</p>	Si, siempre y cuando se realice una donación.
11	Tipo de Donación	--	Texto	<p>Identificador del tipo de donación realizada.</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Económico; Especie"</p> <p>Económico: Si el receptor recibe donación económica. Especie: si el receptor recibe donación en especie.</p>	Si, siempre y cuando se realice una donación.
12	Descripción de la Donación (opcional)	250	Texto	Descripción de la donación el cual se le realizó la transferencia de valor .	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.

13	Pago realizado a:	-		<p>Indicador que especifica si el Receptor recibe directamente la transferencia de valor, o a través de un tercero. Tercero: Ej. Si la transferencia de valor se realiza a través de un tercero, como ejemplo una agencia que organiza una actividad, se debe de elegir la opción "A un tercero".</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Organización e Institución médica; A un tercero"</p>	Si
14	Fecha de la transferencia de valor	10	Texto / Número	Fecha en que se realizó la Transferencia de valor al sujeto pasivo: dd-mm-aaaa, (día- mes – año), Ejemplo: 30-03-2021.	Si

Tabla 4. Reporte a Organizaciones de Pacientes

N°	Nombre del campo en el reporte	Longitud máxima de caracteres	Formato campo	del Información del campo	Obligatorio
0	Nombre de la compañía	--	Texto	Nombre de la empresa miembro CIF que reporta.	Si
1	Período de Reporte	-	Texto	Meses que comprende las transferencias de valor a reportar: Mes 1 año – Mes 2 año (Ejemplo: Enero 2022 – Marzo 2022)	Si
2	Nombre	250	Texto	Nombre completo o razón social del receptor de la transferencia de valor.	Si
3	RUT	12	Texto / Número (XX.XXX.XXX-X)	Identificación del receptor de la transferencia de valor, con punto y guion, aunque reciba la transferencia de valor a través de un tercero. Registro Único Tributario (RUT). (Ejemplo: XX.XXX.XXX-X)	Si
4	Tipo de transferencia de valor	--	Texto	Categoría que corresponde a la transferencia de valor realizada. Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: “Contratación de servicios o estudios; Apoyo para actividades, iniciativas o proyectos; Donaciones” , respectivamente	Si
5	Pago por consultoría y/o servicio	20	Número	Monto final ejecutado en pago por consultoría y/o servicio de la transferencia de valor. En el caso de que no se efectuase un pago por consultoría y/o servicio, se debe reportar el campo “0”.	Si, siempre y cuando se realice pago por consultoría y/o servicios.

				Pesos chilenos, sin decimales, ni puntos (.), ni comas (,).	
6	Descripción de la consultoría y/o servicio (opcional)	250	Texto	Descripción de la consultoría o servicio realizado por el sujeto pasivo, por el cual se realizó la transferencia de valor.	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.
7	Valor del Patrocinio o Auspicio	20	Número	Monto final ejecutado en pago por patrocinio o auspicio de la transferencia de valor. En el caso de que no se efectuase un pago por patrocinio o auspicio, se debe reportar el campo "0". Pesos chilenos, sin decimales, ni puntos (.), ni comas (,).	Si, siempre y cuando se realice pago por patrocinios o auspicios.
8	Descripción del patrocinio o Auspicio (opcional)	250	Texto	Descripción del patrocinio o auspicio por el cual se le realizó la transferencia de valor.	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.

9	Valor de la donación	20	número	<p>Monto final ejecutado en donaciones, si la donación es en especie se debe de especificar su valor. En el caso de que no se efectuase una donación, se debe reportar el campo "0".</p> <p>Pesos chilenos, sin decimales, puntos (.), ni comas (,).</p>	Si, siempre y cuando se realice una donación.
10	Tipo de Donación	--	Texto	<p>Descripción del tipo de donación que recibió el sujeto pasivo a transparentar.</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Económico; Especie"</p> <p>Económico: Si el receptor recibe donación económica. Especie: si el receptor recibe donación en especie.</p>	Si, siempre y cuando se realice una donación.
11	Descripción de la Donación	250	Texto	Descripción de la donación el cual se le realizó la transferencia de valor.	Opcional, aunque se recomienda a los laboratorios farmacéuticos completar este campo para dar mayor detalle respecto a la transferencia de valor realizada.

12	Pago realizado a:	--		<p>Indicador que especifica si el Receptor recibe directamente la transferencia de valor, o a través de un intermediario o un tercero.</p> <p>Tercero: Ej. Si la transferencia de valor se realiza a través de un tercero, como ejemplo: agencia de viaje, se debe de elegir la opción "A un tercero".</p> <p>Se debe de elegir uno dentro de esta lista preestablecida: "Organización de pacientes; A un tercero"</p>	Si
13	Fecha de la transferencia de valor	10	Texto / Número	Fecha en que se realizó la Transferencia de valor al sujeto pasivo: dd-mm-aaaa, (día- mes - año), Ejemplo: 30-03-2021.	Si

Tabla 5. Reporte de Investigación Clínica (Investigación y Desarrollo, I+D).

N°	Nombre del campo en el reporte	Longitud máxima de caracteres	Formato del campo	Información del campo	Obligatorio
0	Nombre de la compañía	-	Texto	Nombre de la empresa miembro CIF que reporta.	Si
1	Período de Reporte	-	Texto	Meses que comprende las transferencias de valor a reportar: Mes 1 año – Mes 2 año (Ejemplo: Enero 2022 – Marzo 2022)	Si
2	Valor agregado	20	Número	Monto final agregado de gastos ejecutados en Investigación y Desarrollo durante el periodo a reportar. En el caso de que no se efectuase un gastos ejecutados en investigación y desarrollo, no se debe reportar en la plataforma. Pesos chilenos, sin decimales, ni puntos (.), ni comas (,).	Si

b) Características de los archivos planos

- Todos los archivos deben ser grabados y subidos a la plataforma de reporte con extensión csv., "Comma Separated Values", de manera separada.
- Las longitudes de campos definidas en las tablas anteriores se deben entender como el tamaño máximo del campo, por lo que pueden tener una longitud menor al tamaño establecido.
- Tener en cuenta que cuando se debe de completar con CEROS, no pueden ser reemplazados por la vocal 'O', carácter diferente a cero.