



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB

Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC

¿COMO REGISTRAR Y ENVIAR LOS DATOS DE RIPS DESDE LAS IPS A LAS EAPB?

Contenido

1.	INTRODUCCION	4
2.	OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS RIPS	5
3.	CALIDAD DE LOS DATOS.....	7
4.	ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES	8
4.1.	Estándar del archivo plano.....	8
4.2.	Archivo de control: CT	10
4.3.	Archivo de transacciones: AF	11
4.4.	Archivo de usuarios: US	14
4.5.	Archivo de consulta: AC.....	19
4.6.	Archivo de procedimientos: AP.....	28
4.7.	Archivo de urgencia con observación: AU.....	31
4.8.	Archivo de hospitalización: AH	34
4.9.	Archivo de recién nacidos: AN.....	39
4.10.	Archivo de medicamentos: AM	40
4.11.	Archivo de otros servicios: AT	42

1. INTRODUCCION

La información de los registros individuales de prestación de servicios de salud, (RIPS), con su estructura única y estandarizada y todas sus clases de datos de: identificación, del servicio propiamente dicho, del motivo que origino su prestación, constituyen una fuente de datos prioritaria para los procesos de dirección, regulación y control, del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada uno de sus planes, programas, estrategias y operaciones, no sólo desde el punto de vista de la toma decisiones gerenciales sino desde el punto de vista administrativo y asistencial. La Resolución 3374/2000, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las EAPB, tiene como propósito facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y ser el soporte de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100.

Sin embargo, y pese a que los distintos generadores y usuarios de los datos reconocen su valor e importancia, en la actualidad se han identificado falencias tanto en la calidad del registro primario como en la utilización para la gestión de las IPS y las EAPB, así como para la formulación de la política pública en salud. Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos que se reportan, para que contribuyan en condiciones de mayor certidumbre a la toma de decisiones.

En el presente documento se definen los criterios para la adecuada transferencia de datos, estableciendo los lineamientos para mejorar la calidad, la oportunidad y la cobertura de los datos de RIPS, así como la operativización de dicha resolución en los prestadores de servicios de salud. Para el efecto, es fundamental que las instituciones los incorporen en sus procesos y herramientas informáticas, para asegurar el registro y envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social. Las actualizaciones están relacionadas con la forma de cómo se deben registrar y validar los diferentes datos y la especificación para el envío de los datos desde las IPS a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

2. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS RIPS

El RIPS provee los datos mínimos y básicos que se requieren para los procesos de control del Ministerio como ente regulador del Sistema y para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios. Igualmente, el objetivo de los RIPS es facilitar las relaciones comerciales entre: las entidades administradoras de planes de beneficios (pagadores), las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales independientes (prestadores), mediante la presentación de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura estandarizada, que facilite la comunicación, los procesos de transferencia de datos y la revisión de cuentas.

Independientemente del uso que los actores del SGSSS realicen sobre los datos de las prestaciones de salud, actualmente todos los prestadores están obligados a generar, transferir, organizar y entregar los datos generados durante la atención de la población a las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud, ya sean Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ó entidades de dirección y control del SGSS. Las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud deben validar, organizar y entregar, al Ministerio de Salud y Protección Social, todos los datos efectivamente validados mes a mes, de acuerdo con la normatividad. Las siguientes son las normas que determinan la obligatoriedad de los datos de RIPS:

Tabla Nro 1. Obligatoriedad del registro de los datos de RIPS

NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
Ley 100 de 1993	Artículo 173. Funciones Ministerio. Numeral 7 reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información. Para lo cual deben acogerse a todas las normas relacionadas, directa o indirectamente, con este artículo.
Resolución 3374 de 2000	Artículo segundo.- Ámbito de Aplicación: Las disposiciones contenidas en la presente Resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios, definidas en el numeral 2 del artículo primero de esta Resolución y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.
Decreto 4747 de 2007	Ratifica la obligatoriedad del envío de los datos RIPS y recalca la función del Ministerio en cuanto a la revisión, ajuste y actualización del anexo técnico, así: Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.
Ley 1122 de 2007	Artículo 44: De la información en el Sistema General de Seguridad Social..... b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2° de la presente Ley. Parágrafo 1°. En todo caso las Entidades Parágrafo 2°. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del

NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
<p>Ley 1438 del 19 de enero de 2011, "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.</p> <p>Artículo 112°. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.</p> <p>Artículo 114°. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna</p> <p>Artículo 116°. Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.</p> <p>Artículo 130°. Conductas que vulneran el sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud. 130.12. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.</p>
<p>Plan Nacional De Desarrollo 2010-2014</p>	<p>"En su conjunto, el SGSSS presenta problemas de información; a pesar de que los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) son de obligatorio reporte, los diferentes agentes no lo hacen con la periodicidad y calidad que se requiere, como parte del servicio ni exigible en las obligaciones y la acreditación de idoneidad para la prestación del servicio. A cambio, los RIPS deberían dar cuenta de la morbilidad de la población, las frecuencias de uso y de los precios transados en el mercado de prestación de los servicios de salud".</p> <p>"Los RIPS deben convertirse en la herramienta que brinde información clave al sistema entre otros aspectos para la actualización del POS, junto al desarrollo e implementación de un modelo que permita determinar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los efectos en la sostenibilidad del sistema. Para el efecto, se propone el desarrollo pilotos que definan la factibilidad y viabilidad de potenciar las unidades notificadoras del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), de tal manera que suministren también la información de los RIPS, bajo estándares y procedimientos controlados de calidad".</p>

3. CALIDAD DE LOS DATOS

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, en el artículo 10 de la Resolución N°3374 de 2000, están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud, la entrega oportuna al Ministerio de Salud y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados, de manera individualizada”; las EAPB deben verificar en la recepción de los datos de sus prestadores, que el registro cumpla con todos los criterios de validación (estándares que ha definido el Ministerio de la Protección Social con la participación de EAPB, IPS, entes territoriales, asociaciones y gremios). Todas las instituciones deben utilizar como único instrumento de validación, el “validador” que dispone el Ministerio en la página web “<http://www.sispro.gov.co/recursosapp/ruaf/pages/rips.aspx>”.

Antes de enviar los datos a la entidad administradora del plan de beneficios o empresa pública o privada responsable del pago, los prestadores de servicios de salud deben verificar la información utilizando el software “Validador” dispuesto por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. Cualquier inconsistencia en los datos debe ser ajustada.

4. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES

4.1. Estándar del archivo plano

Los RIPS se presentan en diez (10) archivos que tienen estructuras y datos específicos (aunque algunos de estos se repiten en varias estructuras por constituirse en las llaves que permiten las relaciones entre estos).

Sólo se aceptan los archivos de texto que cumplan el estándar TXT. Cada archivo consiste en un conjunto de registros separados por un salto de línea y cada uno de los registros está formado por campos separados por coma (,). Los tipos de archivos son los siguientes:

CT= Archivo de control

AF = Archivo de transacciones

US = Archivo de usuarios de los servicios de salud

AC = Archivo de consulta

AP = Archivo de procedimientos

AU = Archivo de urgencias con observación

AH = Archivo de hospitalización

AN = Archivo de recién nacidos

AM = Archivo de medicamentos

AT = Archivo de otros servicios

- **Nombres de los archivos.** Los archivos de datos deberán identificarse con el Tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres). Es decir, el nombre queda con un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo, que debe ser Txt.
- **Archivo de control.** Corresponde al archivo del registro de control de los archivos enviados en el(los) medios magnéticos (CT). Este es el primer archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan los archivos.
- **Archivos de registro de datos.** Son los archivos que contienen los datos de las facturas o transacciones (AF), de los usuarios (US), de las consultas (AC), de los procedimientos (AP),

de hospitalización (AH), de las urgencias con observación (AU), recién nacidos (AN), medicamentos (AM) y otros servicios (AT).

Estos archivos de datos deben cumplir con las siguientes especificaciones:

- ✓ Los campos del archivo deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el campo no contenga valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por coma p.e. (,,).
- ✓ Dentro de los campos de datos tipo texto no deben contener ningún tipo de separador o carácter especial, sólo se acepta el espacio en blanco.
- ✓ Los campos con datos numéricos que incluyan decimales, deben utilizar como separadores de decimales el punto (.). Los datos deben venir sin separación de miles.
- ✓ Los campos con el dato “fecha” deben tener el formato Día/Mes/Año (dd/mm/aaaa), incluido el carácter (/).
- ✓ No se debe utilizar un calificador de campo de texto, es decir, ningún dato de campo debe venir encerrado entre comillas (“ ”), ni ningún otro carácter especial.
- ✓ Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora: minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistemas de veinticuatro (24) horas.
- ✓ El número total de registros por cada volumen, no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- ✓ No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.
- ✓ Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP y enviarlos en medio magnético en CD o DVD.

4.2. Envío de los archivos planos

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la transferencia de datos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deben enviar los datos en los respectivos archivos, dentro del mismo mes o en los primeros veinte (20) días del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud. Debe enviarse de acuerdo con la especificación dada en el Anexo Técnico No. 1, de la Resolución 3374 de 2000. La especificación de la identificación externa del medio magnético – CD o DVD, deberá tener una identificación con el siguiente contenido:

DATO	DESCRIPCIÓN
Código de la entidad que envía los datos.	Código asignado a la Institución prestadora de servicios de salud, según sea el caso.
Nombre de la entidad que envía los datos.	Nombre asignado a la Institución prestadora de servicios de salud, según sea el caso
Fecha de la remisión de los datos	Fecha de la remisión
Número del volumen enviado	Colocar el número del volumen (CD o DVD) de tantos volúmenes que contienen los datos que se están reportando (Ej: 1/3, 2/3, 3/3)
Nombre del responsable del envío	Nombre completo y legible
Teléfono del responsable del envío	Indicativo y número telefónico
RIPS período de reporte	Descripción del período de reporte

4.3. Archivo de control: CT

Es la estructura de datos que permite el control de la recepción de los datos de prestaciones de salud. Todo envío debe contener este archivo y su diligenciamiento es obligatorio. El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código del prestador de servicios de salud	Valor único	Número completo del código asignado en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS), de doce dígitos.	<i>Validar formato, longitud.</i>
Fecha de remisión	Valor único	Fecha de envío de los datos con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	<i>Validar formato. Que no sea mayor a la actual</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código del archivo	Valor único	Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío. El número de remisión es un número asignado por la entidad que envía los archivos de RIPS. Puede obedecer a un número consecutivo de envío en la institución.	<i>Validar que las dos primeras letras correspondan a los nombres definidos para los archivos Que los nombres no se encuentren repetidos.</i>
Total de registros	Valor único	El número de registros que contiene el respectivo archivo, en número entero.	<i>Que sea numérico y entero</i>

Antes de entrar a la validación de los datos de los archivos que se describen a continuación, debe verificarse que el nombre del archivo se encuentre en el archivo de control y que contenga el mismo número de registros. El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos. En el archivo de control, el orden que debe llevar los registros es el siguiente:

- ✓ Archivo de usuarios
- ✓ Archivo de transacciones
- ✓ Archivos de consultas
- ✓ Archivo de procedimientos
- ✓ Archivo de urgencias
- ✓ Archivo de hospitalizaciones
- ✓ Archivo de recién nacidos
- ✓ Archivo de medicamentos
- ✓ Archivo de otros servicios.

4.4. Archivo de transacciones: AF

El archivo de transacciones equivale al encabezado de una factura de compra/venta de servicios más el valor total con sus descuentos y comisiones, bonificaciones u otras pactadas entre proveedor y pagador.

Los datos de éste archivo y la especificación de la forma correcta en que deben quedar registrados, así como las validaciones que se aplican a los datos, se especifican a continuación:

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
------	--------------------	----------------	--------------

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código del prestador de servicios de salud	Un único valor	Registrar el número completo del código de doce dígitos, asignado a la IPS en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS). El código del prestador es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, es de 12 posiciones, incluye sedes. Para consultarlo favor entrar en http://201.234.78.38/habilitacion/ . Aplica para todos los archivos reportados.	<i>Que se encuentre en la Base de Datos de habilitación.</i> <i>Que sea el mismo registrado en el archivo de control</i> <i>Debe ser igual en todos los registros del archivo AF</i>
Razón social o apellidos y nombre del prestador	Un único valor	Nombre completo del profesional independiente o nombre o razón social de la IPS, como aparece en el registro de habilitación.	<i>No debe estar vacío.</i>
Tipo de identificación del prestador de servicios de salud	NI= Número de identificación tributaria – NIT CC=Cédula de Ciudadanía CE=Cédula de Extranjería PA= Pasaporte	Registre el tipo de documento de identificación: <ul style="list-style-type: none"> • NI: Si es persona jurídica • CC, CE, PA si es profesional independiente 	<i>No se valida</i>
Número de identificación del prestador	Un único valor	Escribir todos los números del identificador numérico, es decir, el número del documento de identificación que haya señalado.	<i>Valida que el número no tenga más de 16 caracteres, sin guion</i>
Número de la factura	Un único valor	Escribir el número de la factura según las reglas establecidas: <ul style="list-style-type: none"> • Contrato por capitación: todas las atenciones prestadas en el período, a los usuarios incluidos en el contrato, deben tener el mismo número de factura. • Contrato por paquete, tales como: actividad final, atención integral por diagnóstico, paquete de evento como el parto. Para este tipo de atenciones se puede registrar así: 	<i>Si la contratación es por capitación debe aparecer un sólo registro con un único número de factura y las atenciones sólo deben aparecer con éste número.</i> <i>Si la contratación es por evento o paquete, todos los números de factura que estén en el archivo de transacciones deben aparecer en las atenciones. En éste caso, también un número de factura puede identificar varias atenciones.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<ul style="list-style-type: none"> - Cada atención puede llevar un número de factura, - Las atenciones que están incluidas en el paquete pueden llevar el mismo número de factura (esta es la situación correcta) - Cuando el paquete incluya atenciones ambulatorias y hospitalización, las atenciones ambulatorias pueden llevar número distintos de factura y todas las atenciones dentro de la hospitalización un sólo número de factura que identifica la hospitalización. <ul style="list-style-type: none"> • Contrato por evento: todas las atenciones prestadas en el evento, a los usuarios incluidos en el contrato, deben tener el mismo número de factura. 	
Fecha de expedición de la factura	Un único valor	Registrar la fecha en que se expide la factura con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	<i>Validar formato. Que no sea mayor a la actual</i>
Fecha de inicio	Un único valor	Se registra la fecha de inicio del período que se está reportando, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	<i>Validar formato. Que no sea mayor a la actual Que no sea mayor a la fecha final</i>
Fecha final	Un único valor	Se registra la fecha del último día del mes, del período que está reportando, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	<i>Validaciones del formato de fecha Que no sea mayor a la fecha actual Que no sea menor que la fecha de inicio</i>
Código entidad administradora	Un único valor	<p>Escribir el código de la entidad administradora asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, a quien la IPS cobrará esos servicios, es decir, el código del pagador.</p> <p>Cuando el pagador es una empresa pública o privada que contrata los servicios de salud ocupacional (SST), también debe diligenciarse el NIT de la empresa pagadora.</p>	<i>Verifica que el código se encuentre en la tabla de Entidades Administradoras. Cuando es una empresa pública o privada, no se valida.</i>
Nombre entidad administradora		Registrar el nombre de la Entidad Administradora. Cuando el pagador es una empresa pública o privada que contrata los servicios de salud ocupacional (SST), también debe diligenciarse el nombre de la empresa pagadora.	<i>No se valida</i>
Número del contrato	Un único valor	No es un dato obligatorio.	<i>No se valida</i>
Plan de beneficios		No es un dato obligatorio.	<i>No se valida</i>
Número de la póliza	Un único valor	Se diligencia cuando se trata de atenciones por accidente de tránsito o por atención como particular por una póliza de salud, de alguna aseguradora distinta a las	<i>No se valida</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud. En los demás casos, diligenciarla si existe.	
Valor total del pago compartido (copago) ¹	Un único valor	Se registra el valor real y total cancelado por los usuarios por las atenciones incluidas en este registro.	<i>Que no haya valores negativos</i>
Valor de la comisión	Un único valor	Se registra sólo si aplica	<i>No se valida</i>
Valor total de descuentos	Un único valor	Se registra sólo si aplica	<i>No se valida</i>
Valor neto a pagar por la entidad contratante	Un único valor	Se registra el valor a cobrar al pagador en la siguiente forma: Cuando es capitación: en éste campo se coloca el valor convenido para la cápita mensual, sin que corresponda a la sumatoria de los valores de las atenciones prestadas. En cada atención el campo valor se llena con "cero" (,0,). Cuando es por paquete, pago global, DRG, atención integral u otra similar, se registra el valor correspondiente a la sumatoria de las atenciones nucleares, finales o que identifican al paquete, más las de evento que se incluyan en este mismo archivo. En el caso de las atenciones por paquete, a las actividades intermedias se les colocará valor "cero". Para las demás atenciones, independientemente del tipo de contrato, se debe diligenciar el valor total de la factura.	<i>Cuando los registros corresponden a contratación por capitación, se valida que el número de la factura sea el mismo de todas las atenciones.</i>

4.5. Archivo de usuarios: US

En este archivo van los datos de los usuarios atendidos en el período, correspondientes a su identificación, características básicas, lugar de residencia y pertenencia al Sistema de Seguridad Social.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código entidad administradora de planes de beneficio	Valor único	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud.	<i>Cuando es una EAPB, se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>El número del código de la Entidad Administradora, deberá ser de 6 dígitos.</p> <p>Cuando el pagador es una empresa pública o privada que contrata los servicios de salud ocupacional (SST), debe diligenciarse el NIT de la empresa pagadora.</p> <p>El Número de Identificación Tributaria – NIT, debe diligenciarse en 11 dígitos, que incluye el dígito de verificación.</p>	<p>Cuando es una empresa pública o privada, no se valida</p>
Tipo de identificación del usuario.	<p>CC= Cédula ciudadanía</p> <p>CE= Cédula de extranjería</p> <p>PA= Pasaporte</p> <p>RC= Registro civil</p> <p>TI= Tarjeta de identidad</p> <p>AS= Adulto sin identificar</p> <p>MS= Menor sin identificar</p>	<p>Para los adultos, mayores de 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la cédula de ciudadanía.</p> <p>Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con el pasaporte, y para los residentes o con permiso de permanencia, es decir, no turistas, se deben identificar con la cédula de extranjería.</p> <p>Los niños entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad.</p> <p>Para niños menores de 7 años, el tipo documento será el registro civil.</p> <p>MS: Sólo se debe utilizar para el Recién Nacido vivo sin identificar (hasta los 30 días de nacido), y se registra:</p> <p>Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1).</p> <p>Si ya está registrado el documento será el RC:</p> <p>Según el anexo técnico de la Resolución N° 812 de 2007, se entiende como recién nacido SIN IDENTIFICAR al menor nacido vivo con una edad menor o igual a treinta (30) días.</p> <p>Según el mismo anexo, el tipo de documento MS lo puede utilizar el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado, el Régimen de Excepción, Medicina Pre pagada, Seguros de Salud y Planes Complementarios de Salud,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, PA, RC, TI, AS, MS • Si el tipo de documento es TI o CC el campo debe ser numérico. • El tipo de documento AS sólo aplica para régimen subsidiado. • Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad: <ul style="list-style-type: none"> - Si valor de la edad es 3: el tipo de documento debe ser: RC o MS. - Si Edad > 17 años, no puede ser RC, TI, MS - Si la unidad de medida de la edad es 2 o 3 el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS - Si la unidad medida de la Edad es 3 el tipo de documento tiene que ser RC - Si tipo documento es MS la edad debe estar entre 1 a 30 días. - Si tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>para el afiliado menor de edad recién nacido vivo SIN IDENTIFICAR con edad menor o igual a 30 días, mientras se registra ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.</p> <p>Si no tiene el documento (después de haber verificado que en realidad no ha sido registrado) el tipo de identificación será: MS</p> <p>El personal de la IPS debe insistir en la exigencia del registro civil a todos los niños.</p> <p>MS y AS en poblaciones especiales, el registro se debe ceñir a lo contenido en la “Tabla para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del Estado Civil”, presentada al final de la descripción del archivo de usuarios - US.</p>	
Número de identificación del usuario del sistema	Un único valor	<p>El personal de admisión de pacientes de la IPS debe tener en cuenta la siguiente tabla de longitudes máximas según el tipo de documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CC = 10 dígitos - CE = 6 dígitos - PA = 16 dígitos - RC = 11 dígitos - TI = 11 dígitos - AS = 10 dígitos - MS = 12 dígitos <p>Para el caso de poblaciones especiales utilizar la “Tabla para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del Estado Civil, presentada al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p> <p>No se debe reportar el valor “NU”, que se incluía originalmente la resolución 3374 de 2000, por ser un tipo de documento no válido. Para las personas que se reportaron con Número Único de Identificación Personal “NU”, éstas se deben manejar como “RC” ó “TI”.</p>	<p>Se valida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la longitud sea menor o igual a la máxima permitida para cada tipo de documento. • Si es menor de 30 días y el tipo de documento es MS, se valida que la longitud del número sea de máximo 11 caracteres que debe corresponder a la cédula de la mamá o el cabeza de familia más el dígito de orden.
Tipo de usuario	<p>Los valores de este dato quedan así:</p> <p>1= Contributivo 2= Subsidiado 3= Vinculado 4= Particular 5= Otro 6=Desplazado</p>	<p>Esta tabla de valores ha sido ajustada para poder identificar la población desplazada, con y sin subsidios, y poder tener control sobre la obligatoriedad de atenderlos prioritariamente por el ente que corresponda (SLS con cargo a recursos de oferta y las ARS con cargo a la UPC del subsidio, o con recursos de destinación específica que se entrega a los hospitales mediante convenio con el Ministerio).</p>	<p>Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 8</p>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
	con afiliación al Régimen contributivo 7=Desplazado con afiliación al Régimen subsidiado 8=Desplazado no asegurado (Vinculado)	La condición de desplazado se acredita, inicialmente, con la carta que expide Acción Social o la entidad competente a la persona y su inclusión en el comprobador de derechos que expide mensualmente la SDS – Dirección de Aseguramiento, con base en la información entregada por la Red de Solidaridad. En el caso de reporte de información de atenciones dentro del Sistema de Riesgos Laborales SRL, solamente se puede diligenciar las opciones 1, 4 ó 6. Si el tipo de usuario es “Otro”, corresponde a usuarios de los Regímenes Especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPETROL, Congreso de la República) o a Entidades Obligadas a Compensar (EOC).	
Tipo de Afiliado	1 = Cotizante 2 = Beneficiario 3 = Adicional	Identificador para determinar la condición del usuario en el Sistema. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo. En el caso de reporte de información de atenciones dentro del Sistema de Riesgos Laborales SRL, solamente se puede diligenciar la opción 1. Para los demás tipos de usuario dejar en blanco.	<i>Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 3</i>
Código de la ocupación	Tabla de Clasificación internacional de ocupaciones y oficios.	Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo y subsidiado.	<i>No es obligatorio diligenciarlo. Los datos del usuario se validan contra BDUA y se obtiene la ocupación.</i>
Edad al momento de la atención	Un único valor.	Este dato se refiere a la edad del usuario en valores enteros, en el momento de la atención.	<i>Se valida que esté dentro de los siguientes rangos: Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120 años Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11 meses. Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29 días.</i>
Unidad de medida de la edad	1 = Años 2 = Meses 3 = Días	Se registra marcando la opción que corresponda a: años, meses o días.	<i>Se valida que el valor seleccionado en el campo anterior esté dentro de los valores permitidos.</i>
Sexo	M = Masculino F = Femenino	Se registra marcando la opción que corresponda	<i>Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.</i>
Código del	Un único valor	Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva 6 ó más meses viviendo de manera	<i>Se valida que esté dentro del rango</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
departamento de residencia habitual		permanente. Se registra el código correspondiente al departamento en la tabla DIVIPOLA.	de valores permitido (tabla de referencia DIVIPOLA).
Código del municipio de residencia habitual	Un único valor	Igual consideración que para el departamento.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitido (tabla de referencia DIVIPOLA).
Zona de residencia habitual	U = Urbana R = Rural	Debe registrarse si la persona reside en zona rural o urbana.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.

***Tabla para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría Nacional del Estado Civil, según el Anexo Técnico de la Resolución N° 812 de 2007**

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 S 8125
Comunidad Indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 I 8125
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 D 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 A 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 08001 I 8125. No aplica para menores sin identificar entre cero (0) y treinta (30) días de nacidos. Sólo aplica para régimen subsidiado.
Población indigente menor de edad que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001 D 0008

4.6. Archivo de consulta: AC

En el archivo de consulta se incluyen las realizadas por los distintos profesionales de la salud, las de primera vez y de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales. De acuerdo a las especificaciones realizadas por la clasificación única de procedimientos en salud vigente.

Las consultas a registrar son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapistas, nutricionistas, optómetras y otros. Se incluyen aquí las consultas de medicina laboral y del trabajo.

En la prestación del servicio de consulta odontológica (general o especializada), la consulta corresponde a la sesión en la cual el odontólogo hace el examen integral del estado buco-dental y formula un plan de tratamiento integral. Las sesiones para ejecutar ese plan se registran en procedimientos. Igualmente se incluyen las consultas de control del tratamiento.

Antes de entrar a la validación de los datos, debe verificarse: nombre del archivo, que éste archivo se encuentre en el archivo de control y contenga el mismo número de registros.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Único valor: número de la factura.	Se registra el número de la factura según las reglas establecidas para el archivo de transacción.	Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones. Que cumpla las reglas de registro de la factura: un sólo número para contratos de capitación.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Registrar el número completo del código de doce dígitos, asignado a la IPS en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS). El código del prestador es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, es de 12 dígitos, incluye sedes. Para consultarlo favor entrar en http://201.234.78.38/habilitacion/ . Aplica para todos los archivos reportados.	Igual validación que en el archivo de transacción.
Tipo de identificación del usuario		Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Fecha de la consulta		<p>Se registra la fecha en que fue realizada la consulta.</p> <p>Esto implica que la IPS registre diariamente en su sistema de facturación las consultas realizadas, pues si el software coloca como fecha de realización la del día en que se ingresa el dato, no permite registros con fecha anterior o posterior, quedando entonces la fecha de la consulta el día en que ingresa el dato y NO aquella en que se realizó la consulta.</p>	<p><i>Se valida que se use el formato estándar de fecha.</i></p> <p><i>Verificar que la fecha de la consulta no supere la actual.</i></p>
Número de autorización		<p>Sólo se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización.</p>	<p><i>No es un dato obligatorio. No se valida</i></p>
Código de la consulta	<p>Un único valor posible de esa variable: el código CUPS.</p>	<p>Este dato corresponde al código de la consulta, según disciplina (medicina, odontología, enfermería, nutrición, psicología, optometría, etc.), de acuerdo con la clasificación CUPS vigente.</p> <p>De acuerdo con el código CUPS se debe especificar si es de primera vez, o de control y si es general o especializada, cuando aplica.</p> <p>Los códigos que deben usarse son los siguientes:</p> <p>Consulta médica electiva: Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o disfuncionalidad, pero no la percibe como riesgo de agravamiento o muerte se considera que es una consulta electiva, de tipo resolutivo (quiere decir, para resolver un problema de salud, un cuadro mórbido o una patología o síndrome).</p> <p>Cuando al usuario se le hace una consulta para valoración y detección temprana de alteraciones o enfermedades del crecimiento y desarrollo, del embarazo, de patologías como el VIH, ya sea por demanda espontánea (cuando dice que solicita que le hagan un chequeo general, o de su cavidad bucal) o dentro de una actividad de tamizaje a usuarios con perfil de riesgo, o cuando se hace una actividad de promoción de la salud mediante educación, por demanda del usuario o dentro de un programa del cual es referido, se considera una Consulta de P y P, de tipo electivo, es decir, programable.</p> <p>Los códigos de las consultas no permiten la diferenciación entre resolutivo y P y P, por lo cual debe</p>	<p><i>Que exista en la tabla de procedimientos en salud: CUPS</i></p>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>complementarse con la variable de finalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los códigos de consulta electiva de primera vez son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.2.01: Consulta de Medicina General electiva - 89.0.2.02: Consulta de Medicina Especializada electiva • Cuando el paciente es atendido para hacer un control de su estado de salud, después de haber seguido un tratamiento, o para confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de ayudas diagnósticas realizadas, se considera una consulta de control, y se usan los siguientes códigos: <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.3.01: Consulta de Medicina General de control - 89.0.3.02: Consulta de Medicina Especializada de control <p>Consulta Médica de urgencias: La que se presta en los servicios de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.7.01: Consulta de urgencia por medicina general - 89.0.7.02: Consulta de urgencia por medicina especializada <p>Consulta Médica domiciliaria o al sitio de trabajo: Es la consulta que se realiza en el domicilio del usuario, como parte de programas de cuidado domiciliario, o en el sitio de trabajo como parte de las acciones de prevención de riesgos laborales, o de tamizaje por parte de la EPS ó ARL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.1.01: Consulta por medicina general - 89.0.1.02: Consulta por medicina especializada 	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>Consulta odontológica electiva: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica porque presenta alguna sintomatología de salud oral, incluyendo el dolor y la disfuncionalidad (por ejemplo, se muerde la lengua), pero el dolor no es tan grave como para una consulta de urgencia y cuando acude para valoración sin presencia de ninguna sintomatología o signo de enfermedad bucal (esto porque en esta consulta puede diagnosticarse el Z.711), se considera que es una consulta electiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.2.03: Consulta odontológica general de primera vez - 89.0.2.04: Consulta odontológica especializada de primera vez <p>Las consultas de control en odontología se realizan cuando un tratamiento ha sido terminado (es decir cuando se han realizado todos los procedimientos necesarios por el paciente y definidos en el plan de tratamiento realizado en la consulta de primera vez. Se codifican así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.3.04: Consulta odontológica especializada de control - 89.0.3.03: Consulta odontológica general de control <p>Consulta odontológica de urgencias: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica de urgencias o a la consulta ambulatoria destinada en franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo más frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata. Para estos casos los códigos a utilizarse son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.7.03: Consulta de odontología general - 89.0.7.04: Consulta de odontología especializada <p>Consulta de enfermería de P y P: Las consultas que realizan los profesionales de Enfermería son de P y P, y los códigos que deben utilizarse son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.2.05: Consulta de primera vez por enfermería 	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<ul style="list-style-type: none"> - 89.0.3.05: Consulta de control o seguimiento por enfermería - 89.0.1.05: Atención (visita) domiciliaria por enfermería <p>Consultas por otros profesionales: Las consultas por otros profesionales se realizan cuando se requiere una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina y su rol en el equipo de salud, para iniciar un tratamiento. Estas consultas se consideran de primera vez.</p> <p>De primera vez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.2.09: Trabajo Social - 89.0.2.10: Foniatría y fonoaudiología - 89.0.2.11: Fisioterapia - 89.0.2.12: Terapia respiratoria - 89.0.2.13: Terapia ocupacional - 89.0.2.0.8: Psicología - 89.0.2.07: Optometría - 89.0.2.06: Nutrición y dietética <p>Si el profesional realiza intervenciones propias de su disciplina y después de éstas debe valorar el avance o la evolución, se considera una consulta de control.</p> <p>Consulta de control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89.0.3.09: Trabajo Social - 89.0.3.10: Foniatría y fonoaudiología - 89.0.3.11: Fisioterapia - 89.0.3.12: Terapia respiratoria - 89.0.3.13: Terapia ocupacional - 89.0.3.08: Psicología - 89.0.3.07: Optometría - 89.0.3.06: Nutrición y dietética <p>Interconsultas: Las interconsultas son consultas mediante las cuales un médico general o especialista u otro profesional de salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opiniones, juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.</p> <p>Los códigos correspondientes a las interconsultas son: del 89.0.4.02 al 89.0.4.13</p> <p>Junta médica: La junta médica es una consulta que se realiza a un usuario por varios médicos generales o especialistas simultáneamente, con el fin de decidir una conducta de manejo y tratamiento y otorgamiento de derechos para calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral (Decreto 19 de 2012, artículo 142).</p> <p>Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta.</p> <p>Los códigos para la Junta Médica son:</p> <p>89.0.5.01: Participación en Junta médica, por medicina general, cuando la Junta Médica sea de médicos generales.</p> <p>89.0.5.02: Participación en Junta médica por medicina especializada, cuando la Junta Médica sea de médicos especialistas</p> <p>89.0.5.03: Participación en Junta médica por otro profesional de salud, cuando en la Junta Médica participen distintos profesionales.</p> <p>Consulta de Medicina alternativa</p> <p>89.0.2.14: De primera vez</p> <p>89.0.3.14: De control</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>Salud mental: La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son:</p> <p>89.0.2.02: Consulta de primera vez por medicina especializada</p> <p>89.0.2.08: Consulta de primera vez por psicología</p> <p>Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con:</p> <p>89.0.3.02: Consulta de control o seguimiento por medicina especializada:</p> <p>89.0.3.08: Consulta de control o seguimiento por psicología:</p> <p>Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos:</p> <p>Del 94.0.1.00 al 94.1.4.00 con finalidad diagnóstica, De la 94.2.6.00 a la 94.4.9.15 con finalidad terapéutica.</p> <p><i>Nota: Odontología: cuando el odontólogo realiza una consulta con fines de detección temprana de patología oral, ésta se considera de P y P, pero no se puede diferenciar a posteriori porque no existe una finalidad referida a ésta en la resolución 3374 de 2000. .</i></p>	
Finalidad de la consulta	<p>01 = Atención del parto (puerperio)</p> <p>02 = Atención del recién nacido</p> <p>03 = Atención en planificación familiar</p> <p>04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años</p>	<p>La consulta puede ser realizada al usuario con fines de resolución de problemas de salud (diagnósticos y terapéuticos) o de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (detección temprana o protección específica).</p> <p>Los valores del 01 al 08 corresponden a una finalidad de DETECCION TEMPRANA.</p> <p>La finalidad 10 corresponde a una finalidad RESOLUTIVA, es decir cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o ha sido víctima de un evento de causa externa, tales como accidentes, maltrato, agresión, violencia.</p>	<p>Se valida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la finalidad exista en la tabla de finalidad. 2. Referencia cruzada: si la finalidad está en el rango de 1 a 8, el diagnóstico principal debe ser un código "Z" y el primer diagnóstico relacionado puede ser un código correspondiente a una patología o un signo o síntoma. 3. Si la finalidad es 10 el diagnóstico no puede tener con código "Z".

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
	05 = Detección de alteración del desarrollo joven 06 = Detección de alteraciones del embarazo 07 = Detección de alteraciones del adulto 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual 09 = Detección de enfermedad profesional 10 = No aplica		
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	Los valores del 1 al 12 se refieren a las causas externas que originaron la atención, como: accidentabilidad, violencia general y violencia intrafamiliar. El valor 13 se refiere a la enfermedad cuya etiología no corresponde a una causa externa, y cae en el ámbito de la "enfermedad general"; el 14 corresponde a una posible enfermedad laboral y la 15 a otras causas no contempladas en esta tabla, como podrían ser las demás que incluye la CIE en su décima versión, es decir, las de los capítulos XIX, XX o XXI, letras S, T, U, V, Y o Z..	<i>Se valida que la causa externa se encuentre en la tabla de valores permitidos.</i>
Código del diagnóstico principal	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	La afección principal se define como la diagnosticada al final del proceso de atención de la salud o de la consulta, como la causante primaria de la solicitud de atención del paciente.	<i>Si la consulta es de P y P (finalidad 1 al 9) lleva un código "Z", si es resolutive (finalidad 10) no puede llevar un código "Z".</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>Si no se hace ningún diagnóstico, registre la condición más relevante que pueda identificar como resultado final de la valoración que puede ser incluso la condición de persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico (código Z711 del CIE 10) o un síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal (CIE 10 Vol 2).</p> <p>* Consultar reglas de codificación dispuestas en los distintos medios.</p>	<p><i>Validar referencia cruzada entre: datos de edad y sexo y los diagnósticos de la CIE 10, tabla de referencia con rangos permitidos para edad y sexo. (Ver tabla anexa TABLA REFERENCIA CIE.xlsx).</i></p> <p><i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica causante de la solicitud de la atención de consulta. Todo diagnóstico principal referido a riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</i></p>
Código del diagnóstico relacionado No. 1	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección principal, y/o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud.	<p><i>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i></p> <p><i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención.</i></p> <p><i>Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión.</i></p>
Código del diagnóstico relacionado No. 2	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	<p><i>Se verifica que exista en la TABLA REFERENCIA CIE.xlsx.</i></p> <p><i>Cuando se requiera se deben incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i></p> <p><i>Si existen otros diagnósticos para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir los otros diagnósticos asociados.</i></p>
Código del diagnóstico relacionado	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	<p><i>Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión.</i></p> <p><i>Cuando se requiera se deben incluir</i></p>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
No. 3			<p>las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</p> <p>Si existen otros diagnósticos para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir los otros diagnósticos asociados.</p>
Tipo de diagnóstico principal	1 = Impresión diagnóstica 2 = Confirmado nuevo 3 = Confirmado repetido	Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el médico en el momento de la atención.	Se valida que el tipo de diagnóstico corresponda a los valores permitidos en la tabla de Tipo de Diagnóstico.
Valor de la consulta	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	<p>Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento.</p> <p>Si las consultas se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).</p>	Se valida que el campo sea numérico.
Valor de la cuota moderadora	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	<p>Corresponde al pago que debe hacer el usuario del servicio, como cuota de recuperación, cuota moderadora o copago. En los dos últimos casos el prestador actúa como recaudador de ingresos a terceros, pues estos dineros corresponden al pagador.</p> <p>Se debe registrar el valor pagado por el usuario.</p>	Se valida que el campo sea numérico.
Valor neto a pagar	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	<p>Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento.</p> <p>Si las consultas se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).</p>	Se valida que el campo sea numérico.

4.7. Archivo de procedimientos: AP

En este archivo se registran los datos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, de protección específica y de detección temprana de enfermedad general o de enfermedad profesional.

Los procedimientos incluyen la aplicación de vacunas, procedimientos odontológicos incluidos los de PyP, procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como las terapias física, respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

La codificación de procedimientos se realiza de acuerdo con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, la cual es de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Un valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación del usuario en el Sistema	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Fecha del procedimiento	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de autorización	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del procedimiento	Un valor único	En este campo se registra el código del procedimiento, según corresponda en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) Colombia.	<i>Verifica que el procedimiento exista en la tabla de procedimientos: CUPS</i>
Ámbito de realización del procedimiento	1 = Ambulatorio 2 = Hospitalario 3 = Urgencias	En este campo se registra en qué ámbito se realiza el procedimiento, es decir, en qué tipo de servicio está siendo atendido el usuario.	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.</i>
Finalidad del procedimiento	1 = Diagnóstico 2 = Terapéutico 3 = Protección específica 4 = Detección temprana de	Los procedimientos tienen la finalidad diagnóstica cuando se realizan para establecer (confirmar o descartar) un diagnóstico presuntivo; o aún si no existiere un diagnóstico presuntivo, se realizan para establecer las condiciones del paciente en relación con la sintomatología, la causa o motivo de la solicitud de atención y la anamnesis.	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
	<p>Enfermedad general</p> <p>5 = Detección temprana de</p> <p>Enfermedad laboral</p>	<p>Los procedimientos tienen la finalidad terapéutica, cuando se realizan para tratar el problema de salud por el cual consultó el paciente, tanto en la consulta externa como en la urgencia o la hospitalización.</p> <p>Los procedimientos tienen una finalidad de protección específica cuando se realizan para “evitar” una condición de salud específica (embarazo) o una enfermedad (inmuno prevenible o laboral) mediante la aplicación de un dispositivo o una vacuna.</p> <p>Los procedimientos se realizan con una finalidad de detección temprana, cuando se busca identificar valores de los indicadores vitales que indiquen un riesgo de desarrollar una enfermedad.</p>	
Personal que atiende	<p>1 = Médico (a) especialista</p> <p>2 = Médico (a) general</p> <p>3 = Enfermera (o)</p> <p>4 = Auxiliar de enfermería</p> <p>5 = Otro</p>	Sólo debe registrarse para el procedimiento: “Atención del parto”.	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable, cuando el procedimiento es: atención del parto.</i>
Diagnóstico principal	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	<p>Sólo se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10</p>	<p><i>Verifica que el campo esté diligenciado cuando el procedimiento se encuentre en la tabla de CUPS marcada como Procedimiento quirúrgico.</i></p> <p><i>Que el diagnóstico esté en la tabla de CIE, 10° revisión, en los rangos permitidos para edad y sexo.</i></p>
Diagnóstico relaciona-do	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos, y sólo cuando en la cirugía se encuentra una condición adicional a la inicialmente identificada, según Reglas de Codificación.	<i>Que el diagnóstico esté en la tabla de los diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.</i>
Complicación	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Se registra según reglas de codificación con CIE 10, cuando surja una complicación directamente relacionada con el procedimiento (el acto quirúrgico, la administración de la anestesia, la aplicación de sangre, líquidos, prótesis u otros).	<i>Que el diagnóstico esté en la tabla de los diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.</i>
Forma de realización del acto quirúrgico	<p>1 = Único o unilateral</p> <p>2 = Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad</p> <p>3 = Múltiple o bilateral, misma vía, igual especialidad</p> <p>4 = Múltiple o bilateral,</p>	La IPS lo registra cuando las atenciones son contratadas por evento y se convienen las reglas de liquidación según el número de procedimientos quirúrgicos realizados en una misma intervención.	<i>Valida que el valor esté en la tabla de valores permitidos.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
	diferente vía, diferente especialidad 5 = Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad		
Valor del procedimiento		Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por ese procedimiento, cuando éste se paga por evento. Si el procedimiento se realiza como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).	<i>Se valida que el campo sea numérico.</i>

4.8. Archivo de urgencia con observación: AU

Los datos que conforman el registro de urgencias corresponden a la estancia del paciente en la unidad de observación de urgencias, ocupando una cama.

Cuando sólo se generó la atención inicial de urgencias (consulta de urgencia, procedimientos diagnósticos o terapéuticos) y debe permanecer varias horas en el servicio de urgencias pero no está bajo observación, no se debe generar este archivo.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Un valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación del usuario en el sistema	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Fecha de ingreso del usuario a observación	Un valor único	Debe registrarse la fecha en que el usuario ingreso a la unidad de observación, con el formato estándar de fecha. Formato = dd/mm/aaaa	<i>Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual. Debe ser anterior o igual a la</i>

			<i>fecha de salida o egreso de urgencias</i>
Hora de ingreso del usuario a observación	Un valor único	Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a la unidad de observación, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	<i>Se valida el formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida</i>
Número de autorización	Un valor único	Sólo deben registrar este dato si lo necesitan para soportar el pago de la atención.	<i>No se valida</i>
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	Los valores del 1 al 12 se refieren a las causas externas que originaron la atención, como: accidentabilidad, violencia general y violencia intrafamiliar. El valor 13 se refiere a la enfermedad cuya etiología no corresponde a una causa externa, y cae en el ámbito de la "enfermedad general"; el 14 corresponde a una posible enfermedad laboral y la 15 a otras causas no contempladas en esta tabla, como podrían ser las demás que incluye la CIE en su décima versión, es decir, las del capítulo XIX, XX o XXI, letras T, U, V, Y o Z.	<i>Validar que se encuentre en la tabla de causa externa.</i>
Diagnóstico a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Debe registrarse el diagnóstico que justificó la estadía en observación, sea éste un diagnóstico de una patología o uno sintomático. En éste campo no debe ir un Dx de causa externa.	<i>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justifica la atención de urgencias. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</i>

<p>Diagnóstico relacionado Nro. 1 a la salida</p>	<p>Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos</p>	<p>Debe registrarse el diagnóstico relacionado (si lo hay) más próximo al principal, o la causa externa si existe. Ej: Dx de salida: fractura de los huesos de la nariz. Dx relacionado 1: Luxación del maxilar Dx relacionado 2: V23 Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús.</p>	<p>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</p> <p><i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención de urgencia.</i></p> <p><i>Iguales validaciones que para Dx a la salida..</i></p>
<p>Diagnóstico relacionado Nro. 2 a la salida</p>	<p>Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos</p>	<p>Puede corresponder a: 1) un segundo diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa como se muestra en el anterior ejemplo.</p>	<p><i>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i></p> <p><i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención de urgencia.</i></p> <p><i>Iguales validaciones que para Dx a la salida</i></p>
<p>Diagnóstico relacionado Nro. 3 a la salida</p>	<p>Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos</p>	<p>Puede corresponder a: 1) un tercer diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa</p>	<p><i>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i></p> <p><i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención de urgencia.</i></p> <p><i>Iguales validaciones que para Dx a la salida.</i></p>
<p>Destino del usuario a la</p>	<p>1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel</p>	<p>Debe seleccionarse uno de los posibles valores de ésta variable.</p>	<p><i>Si el destino es hospitalización, deberá aparecer un registro de</i></p>

salida de observación	de complejidad 3 = Hospitalización		<p>hospitalización en la misma fecha o del día siguiente.</p> <p>Si el destino = 2, el usuario no debe aparecer en AC de urgencias con fecha posterior.</p> <p>Si el destino = 2, el usuario no debe aparecer en AP con fecha posterior a la fecha de salida.</p>
Estado a la salida	1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a)	Señalar si el paciente sale vivo de la observación, o muerto. Si su condición a la salida es ésta última, el siguiente campo no puede ir en blanco.	Que el valor esté en el rango permitido.
Causa básica de muerte en urgencias	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	<p>La causa básica de muerte, según la Clasificación Internacional, es la causa primaria que origina la secuencia de hechos que terminaron en la muerte, ya sea una causa externa o una enfermedad. Debe coincidir con el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción.</p> <p>Obligatorio si el estado a la salida es =2</p>	Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.
Fecha de la salida del usuario en observación	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la fecha en que el paciente termina su estancia en observación, sin importar el número de horas o días que permanezca en este servicio y su destino inmediato.	Validar el formato fecha. La fecha de la salida no sea mayor a la actual. La fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.
Hora de la salida del usuario en observación	Un valor único: formato	<p>Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de urgencias, con el formato estándar de hora militar.</p> <p>Formato = hh:mm (hora militar)</p>	<p>Validar el formato hora</p> <p>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</p> <p>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</p>

4.9. Archivo de hospitalización: AH

Los datos que conforman el registro de Hospitalización corresponden a la estancia del paciente en cualquier servicio hospitalario ocupando una cama. Si se genera una hospitalización se debe realizar el registro individual de la hospitalización y además se deben generar registros individuales de prestación de servicios de procedimientos, interconsultas, medicamentos y otros servicios que debe ser registrados en los respectivos RIPS.

Si el paciente permanece más de 6 horas en urgencias y la EPS exige al hospital la hospitalización pero no hay camas disponibles, no se puede reportar como hospitalización.

Cuando se realiza una hospitalización obstétrica y se hacen procedimientos relacionados con el parto, se debe diligenciar el Registro individual de Recién Nacido, así como todos los RIPs relacionados con las prestaciones individuales de la madre.

DATOS	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Número de la factura	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Código del prestador de servicios de salud.	Igual regla de registro que en archivo de transacción	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de documento de identificación del usuario	Tipo de identificación	Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación del usuario en el sistema	Número de identificación del usuario en el Sistema	Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Vía de ingreso a la institución	1 = Urgencias 2 = Consulta externa o programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la institución	<p>Las opciones 1,2 y 4 se refieren a la misma institución, es decir, si fue atendido en urgencias o consulta programada o si nació en la institución prestadora de servicios de salud.</p> <p>Remitido se refiere a que el paciente proviene de otro servicio en otra institución que no puede ofrecerle los servicios que su condición requiere, y por tanto se remite. Esta remisión está determinada por las condiciones convenidas con el pagador, por lo general requiere autorización previa.</p>	<p>Si Vía de ingreso = 1, el usuario debe aparecer en AU</p> <p>Si Vía de ingreso = 1 y no aparece en AU, el usuario debe aparecer en AC con consulta de urgencias</p> <p>Si Vía de ingreso = 2, el usuario debe aparecer en AC, con consultas generales o especializadas.</p> <p>Si Vía de ingreso = 4, debe aparecer la hospitalización y el procedimiento parto, de la mamá.</p>
Fecha de ingreso del usuario a la institución	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	<p>Se registra la fecha (día, mes y año) en que el paciente ha sido ingresado al servicio de hospitalización.</p> <p>Si el paciente se encuentra en urgencias y lleva 6 horas o más pero el hospital no cuenta con camas disponibles para su hospitalización, se debe seguir registrando como atención de urgencias y no como hospitalización.</p>	<p><i>Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual.</i></p> <p><i>Debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias</i></p>
Hora de ingreso del usuario a la Institución		Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a hospitalización, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	<p><i>Validar el formato hora.</i></p> <p><i>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</i></p> <p><i>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida</i></p>

DATOS	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de autorización	Un valor único	Sólo se registra si se ha solicitado y la EPS ha autorizado mediante la asignación de un número de autorización. Es importante para efectos de la auditoría y el pago.	No se valida
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	<p>Del 1 al 12 son las causas externas que más interesan para la vigilancia de la salud pública.</p> <p>Si hubieren otras causas externas no contempladas en estas 12, deben seleccionar el valor: 15 otra; y si se requiere una mayor precisión en la causa que originó la atención pueden hacerlo en el campo de diagnóstico relacionado, con los diagnósticos de los capítulos XX o XXI, letras U, V, Y o Z.</p> <p>Los valores 13 y 14 corresponden a las causas de demanda de enfermedad general o laboral.</p>	Validar que el valor registrado se encuentre en el rango de los valores permitidos.
Diagnóstico principal de ingreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Corresponde al diagnóstico que dio origen a la hospitalización: en urgencias, consulta externa o remisión. En éste campo no debe ir un Dx de causa externa.	<p>Se valida que no sea un código "Z".</p> <p>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión.</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justificó el ingreso a servicio hospitalario. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</p>
Diagnóstico	Un valor único: código	El diagnóstico principal de egreso debe ser un	Se valida que esté en la tabla de

DATOS	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	VALIDACIONES
principal de egreso	alfanumérico de cuatro dígitos	diagnóstico confirmado en la mayoría de los casos. Sólo habrá algunos casos en que no se pudo confirmar. Corresponde al diagnóstico que justificó la mayor parte de la estancia hospitalaria. En éste campo no debe ir un Dx de causa externa.	<i>CIE, 10° revisión.</i> <i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justifica la hospitalización. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</i>
Diagnóstico relacionado Nro. 1 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	<i>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión.</i> <i>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i> <i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención hospitalaria.</i>
Diagnóstico relacionado Nro. 2 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	<i>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión.</i> <i>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</i> <i>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención hospitalaria.</i>
Diagnóstico relacionado	Un valor único: código alfanumérico de cuatro	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía	<i>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión.</i>

DATOS	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Nro. 3 de egreso.	dígitos	en el hospital.	<p>Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10.</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención hospitalaria.</p>
Diagnóstico de la complicación	Un valor único: código alfanumérico	Se diligencia si hubo una complicación.	<p>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión.</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico de la complicación corresponde a la patología básica de la complicación.</p>
Estado a la salida	1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a)	Señalar si el paciente sale vivo de la hospitalización o muerto. Si su condición a la salida es ésta última, el siguiente campo no puede ir en blanco.	Que el valor esté en el rango permitido
Diagnóstico de la causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	<p>La causa básica de muerte, según la Clasificación Internacional, es la causa primaria que origina la secuencia de hechos que terminaron en la muerte, ya sea una causa externa o una enfermedad. Debe coincidir con el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción.</p> <p>Obligatorio si el estado a la salida es =2</p>	<p>Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.</p> <p>Valida que el código esté en la tabla de CIE 10.</p>
Fecha de egreso del usuario a la institución	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la fecha en que el paciente deja el servicio de hospitalización.	Validar el formato fecha. La fecha de la salida no sea mayor a la actual. La fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.
Hora de egreso del usuario de la institución	Un valor único: formato hh:mm	Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de hospitalización.	<p>Validar el formato hora</p> <p>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</p> <p>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</p>

4.10. Archivo de recién nacidos: AN

Antes de entrar a la validación de los datos, debe verificarse: nombre del archivo, que éste archivo se encuentre en el archivo de control y contenga el mismo número de registros

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Un valor único: código alfanumérico	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador de servicios de salud	CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS= Menor sin identificación	La madre ha sido registrada con un documento de identificación al ingreso a la atención de parto y a la hospitalización. Ese mismo tipo de documento se debe colocar en este campo para poder hacer trazabilidad cuando se requiera.	<i>Se valida estructura Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, PA, RC, TI, AS, MS Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad</i>
Tipo de identificación de la madre	Un valor único	Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios	<i>Se valida igual que en usuarios</i>
Número de identificación de la madre en el Sistema	Un valor único: código alfanumérico	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Fecha de nacimiento del recién nacido	Un valor único; formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de nacimiento del recién nacido	<i>Validar el formato fecha Valida que la fecha de la salida no sea mayor a la actual Validar que la fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.</i>
Hora de nacimiento	Un valor único: hora militar (valor hasta 24 horas). Formato: hh:mm	Es la hora del alumbramiento.	<i>Validar el formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</i>
Edad gestacional	Un valor único	Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto	<i>No se valida</i>
Control prenatal	1 = Si 2 = No	Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.</i>
Sexo	1= Masculino 2 =Femenino	Identificador del sexo del recién nacido	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido</i>
Peso	Un valor único	Peso en gramos del recién nacido	<i>Se valida que sea numérico</i>
Diagnóstico del recién nacido	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos.	Si el niño presenta alguna patología, se debe colocar un Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Puede ser un Dx presuntivo	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido de la tabla de referencia</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos.	Si el RN fallece antes de las 24 horas de nacido, y sin que se hubiera hospitalizado por alguna patología, se debe colocar el Código de la causa básica de muerte, según la CIE 10. Debe coincidir con el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción. Debe ser igual a la registrada en el registro de defunción.	<i>Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.</i> <i>Valida que el código esté en la tabla de CIE 10.</i> <i>Si este campo no es nulo, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.</i>
Fecha de muerte del recién nacido	Un valor único; formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de muerte del recién nacido	<i>Validar el formato fecha</i> <i>Valida que la fecha muerte no sea mayor a la actual</i> <i>Validar que la fecha de muerte no sea anterior a la fecha de nacimiento.</i>
Hora de muerte del recién nacido	Un valor único: formato hh:mm	Hora de defunción del recién nacido	<i>Validar el formato hora</i> <i>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</i> <i>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</i>

4.11. Archivo de medicamentos: AM

Antes de entrar a la validación de los datos, debe verificarse: nombre del archivo, que éste archivo se encuentre en el archivo de control y contenga el mismo número de registros. Para que el validador pueda leer este archivo, debe relacionarse en el último registro del archivo de control.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Único valor: número de la factura.	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	<i>Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones.</i> <i>Que cumpla las reglas de registro de la factura: un sólo número para contratos de capitación.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. (12 posiciones – debe incluir sedes)	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que en el archivo de transacción.</i>
Tipo de identificación del usuario		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>
Número de autorización	Un valor único: código alfanumérico	Sólo se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar la administración del medicamento y el pagador le ha asignado un número de autorización para controlar la administración de medicamentos. En blanco cuando el medicamento no requiera autorización.	<i>No es un dato obligatorio. No se valida</i>
Código del medicamento	Un valor único: código alfanumérico	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes. En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Código del medicamento", aparece "Diligenciable obligatoriamente cuando el medicamento es No Pos". Debe leerse "Diligenciarse obligatoriamente para todos los medicamentos facturados".	<i>No es un dato obligatorio. No se valida actualmente</i>
Nombre genérico del medicamento	Descripción textual del medicamento en nombre genérico (denominación común internacional)	Debe diligenciarse obligatoriamente para todos los medicamentos administrados al paciente.	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento tenga código o no.</i>
Tipo de medicamento	1 = Medicamento POS 2 = Medicamento no POS	Identificador para determinar la condición del medicamento en el plan de beneficios.	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.</i>
Forma farmacéutica	Descripción textual de la forma farmacéutica del medicamento, según lo contemplado en la Circular 420 de 2006 del INVIMA	En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Forma Farmacéutica", aparece "Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS". Debe leerse "Diligenciable para cualquier tipo de medicamento"	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.</i>
Concentración del medicamento	Descripción textual de la concentración del medicamento, expresada según lo contemplado en el artículo 22 del Decreto 677 de 1995	En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Concentración del medicamento", aparece "Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS". Debe leerse "Diligenciable para cualquier tipo de medicamento"	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.</i>
Unidad de medida del medicamento	Descripción textual de la Unidad de Medida del medicamento.	En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Unidad de Medida del medicamento", aparece "Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS". Debe leerse	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		"Diligenciable para cualquier tipo de medicamento"	
Número de unidades	Número de unidades administradas o aplicadas del medicamento	En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Número de unidades", aparece "Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS". Debe leerse "Diligenciable para cualquier tipo de medicamento". Siempre se debe diligenciar y corresponder al número total de dosis o unidades aplicadas o administradas del medicamento	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.</i>
Valor unitario de medicamento	Valor unitario del medicamento, según los precios pactados	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	<i>Verificar que el campo esté diligenciado cuando este diligenciado el número de unidades de medicamento</i>
Valor total de medicamento	Valor total de los medicamentos, según los precios pactados	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	<i>Verificar que la multiplicación de "Número de Unidades" por el "Valor Unitario" sea igual al "Valor total de medicamento"</i>

4.12. Archivo de otros servicios: AT

En este archivo se deben registrar los siguientes conceptos, cuando apliquen:

- ✓ **Estancia:** Incluye la estancia en urgencias, la hospitalaria, el uso de salas de cirugía (derecho a sala), sala de partos o sala de procedimientos. La estancia en servicios de hospitalización, debe registrarse por tipo de servicio o unidad especial (UCI, cuidado intermedio, unidad de quemados u otros).
- ✓ **Materiales e insumos utilizados en la atención:** Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado.
- ✓ **Traslado de pacientes:** Incluye el traslado del paciente antes de la atención en ese centro, durante la hospitalización o cuando es dado de alta y debe ser llevado a otra institución de mayor o menor nivel, o a la casa, albergue u otro.
- ✓ **Honorarios:** Aplica sólo a honorarios de profesionales de la salud y sólo cuando no se encuentren incluidos dentro de la liquidación propia de un procedimiento o actividad según el tarifario utilizado

Por cada tipo de servicio se debe diligenciar la cantidad total de unidades de la siguiente forma:

- ✓ Estancia: en días para hospitalización; en horas para la observación en urgencias; en salas especiales solamente se debe diligenciar el valor total por su utilización para un determinado procedimiento, de acuerdo con el manual tarifario utilizado.
- ✓ Materiales e insumos: el número de unidades aplicadas o utilizadas en la atención del paciente.
- ✓ Traslados: el número de viajes realizados en el o los traslados del paciente (de ida y regreso), por cada tipo de traslado.

- ✓ Honorarios: se registran los honorarios por servicios distintos a los de procedimientos quirúrgicos, que ya se han incluido en el valor de éste.

Antes de entrar a la validación de los datos, debe verificarse: nombre del archivo, que éste archivo se encuentre en el archivo de control y contenga el mismo número de registros.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de la factura	Único valor: número de la factura.	Se registra el número de la factura según las reglas establecidas para el archivo de transacción.	<p><i>Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones.</i></p> <p><i>Que cumpla las reglas de registro de la factura: un sólo número para contratos de capitación.</i></p>
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. (12 posiciones – debe incluir sedes)	Igual regla de registro que en archivo de transacción	<i>Igual validación que en el archivo de transacción.</i>
Tipo de identificación del usuario		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>
Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>
Número de autorización	Un valor único: código alfanumérico	<p>Sólo se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización. Revisar Decreto 4747.</p> <p>Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la entrega de otros servicios al usuario (Materiales e insumos, traslados, estancias, honorarios).</p> <p>En blanco cuando el servicio no requiera autorización.</p>	<i>No es un dato obligatorio. No se valida</i>
Tipo de servicio	1 = Materiales e insumos 2 = Traslados 3 = Estancias 4 = Honorarios	<p>Identificador para determinar el tipo de servicio.</p> <p>Estancia: Incluye la estancia en urgencias, la hospitalaria, el uso de salas de cirugía (derecho a sala), sala de partos o sala de procedimientos. La estancia en servicios de hospitalización, debe registrarse por tipo de servicio o unidad especial (UCI, cuidado intermedio,</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>unidad de quemados u otros).</p> <p>Materiales e insumos utilizados en la atención: Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado.</p> <p>Traslado de pacientes: Incluye el traslado del paciente antes de la atención en ese centro, durante la hospitalización o cuando es dado de alta y debe ser llevado a otra institución de mayor o menor nivel, o a la casa, albergue u otro.</p> <p>Honorarios: Aplica sólo a honorarios de profesionales de la salud y sólo cuando no se encuentren incluidos dentro de la liquidación propia de un procedimiento o actividad según el tarifario utilizado</p>	
Código del servicio	Un valor único: código alfanumérico	Código del servicio con el cual el prestador identifica el material o insumo, el traslado, la estancia y los honorarios, de acuerdo con CUPS.	<i>No es un dato obligatorio. No se valida</i>
Nombre del servicio	Descripción textual del servicio	Nombre del servicio con el cual el prestador identifica el material o insumo, el traslado, la estancia y los honorarios. Debe diligenciarse obligatoriamente para todos los servicios especificados	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el servicio tenga código o no.</i>
Cantidad	Cantidad del servicio según el tipo de servicio.	<p>Diligenciar según el tipo de servicio:</p> <p>Estancia: en días para hospitalización; en horas para la observación en urgencias; en salas especiales solamente se debe diligenciar el valor total por su utilización para un determinado procedimiento, de acuerdo con el manual tarifario utilizado.</p> <p>Materiales e insumos: el número de unidades aplicadas o utilizadas en la atención del paciente.</p> <p>Traslados: el número de viajes realizados en el o los traslados del paciente (de ida y regreso), por cada tipo de traslado.</p> <p>Honorarios: se registran los honorarios por servicios distintos a los de procedimientos quirúrgicos, que ya se</p>	<i>Verificar que el campo esté diligenciado siempre.</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		han incluido en el valor de éste.	
Valor unitario del material e insumo	Valor unitario del material o insumo, del traslado y la estancia, según los precios pactados. No aplicable para honorarios.	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	<i>Verificar que el campo esté diligenciado cuando este diligenciado la "Cantidad" del servicio.</i>
Valor total del material e insumo	Valor total del material o insumo, del traslado, de la estancia y de los honorarios, según los precios pactados	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	<i>Verificar que la multiplicación de "Cantidad" por el "Valor Unitario del material e insumo" sea igual al "Valor total del material e insumo"</i>

CONTACTESE

MESA DE AYUDA

Con el propósito de brindar ayuda técnica para el reporte de los archivos, transporte de datos y demás temas relacionados, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene dispuesta una mesa de ayuda. Los datos de contacto se encuentran en el siguiente enlace:
http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayudas.aspx

*Descargue el documento de lineamientos desde el Portal Web
[http://www.sispro.gov.co/transacciones y recursos/Prestaciones de servicios de salud/RIPS](http://www.sispro.gov.co/transacciones_y_recursos/Prestaciones_de_servicios_de_salud/RIPS) o desde
el Repositorio Institucional Digital RID*