



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 2016**

Abril 1 de 2016  
Versión 4

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

## CAMBIOS FUNDAMENTALES EN LOS LINEAMIENTOS DE RIPS

### 1 Se incluyen los tipos de identificación de acuerdo con el Decreto 2353 de 2015, artículo 20.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Tipo de identificación del usuario.	CC= Cédula ciudadanía CE= Cédula de extranjería CD= Carné diplomático PA= Pasaporte RC= Registro civil TI= Tarjeta de identidad AS= Adulto sin identificar MS= Menor sin identificar NV= Certificado de nacido vivo SC= Salvoconducto PR= Pasaporte de la ONU	<p>Para los adultos, mayores o iguales a 18 años de nacionalidad Colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la <b>Cédula de Ciudadanía</b>.</p> <p>Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con la <b>Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte, Salvoconducto o Pasaporte de la ONU</b> para los refugiados o asilados.</p> <p>Los menores entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad.</p> <p>Para menores de 7 años, el tipo documento será el <b>Registro Civil</b>.</p> <p>Para menores de 3 meses, el tipo documento será el <b>Registro Civil o el certificado de Nacido Vivo</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, CD, PA, RC, TI, AS, MS, NV, SC, PR.</li> <li>Si el tipo de documento es TI o CC el campo debe ser numérico.</li> <li>Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si valor de la edad es 3: el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN.</li> <li>- Si Edad &gt; 17 años, no puede ser RC, TI, MS, NV</li> <li>- Si la unidad de medida de la edad es 2 o 3 el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS.</li> <li>- Si la unidad medida de la Edad es 3 el tipo de documento tiene que ser RC, NV.</li> <li>- Si tipo documento es MS o NV la edad debe estar entre 1 a 90 días.</li> <li>- Si tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.</li> </ul> </li> </ul> <p>En el caso de que un usuario del servicio de salud no cuente con una identificación de acuerdo los tipos de identificación establecidos, se debe tener en cuenta lo establecido por la Resolución 2232 de 2015, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p>

### 2 Se incluyen las longitudes de los números de identificación de acuerdo con las especificaciones de OTIC.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION																								
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> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>LONGITUD MÁXIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CC</td><td>10</td></tr> <tr><td>CE</td><td>6</td></tr> <tr><td>CD</td><td>16</td></tr> <tr><td>PA</td><td>16</td></tr> <tr><td>RC</td><td>11</td></tr> <tr><td>TI</td><td>11</td></tr> <tr><td>AS</td><td>12</td></tr> <tr><td>MS</td><td>10</td></tr> <tr><td>NV</td><td>9</td></tr> <tr><td>SC</td><td>16</td></tr> <tr><td>PR</td><td>16</td></tr> </tbody> </table>	TIPO	LONGITUD MÁXIMA	CC	10	CE	6	CD	16	PA	16	RC	11	TI	11	AS	12	MS	10	NV	9	SC	16	PR	16	<p>Se valida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que la longitud sea menor o igual a la máxima permitida para cada tipo de documento.</li> <li>Si es menor de 90 días y el tipo de documento es MS, se valida de acuerdo con la tabla para la identificación de usuarios de salud que no están identificados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, según el Anexo Técnico, tabla 1 de la Resolución N° 2232 de 2015.</li> </ul> <p>En el caso de que un usuario del servicio de salud no cuente con una identificación de acuerdo los tipos de identificación establecidos (MS ó AS), se debe tener en cuenta lo establecido por la Resolución 2232 de 2015, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p>
TIPO	LONGITUD MÁXIMA																										
CC	10																										
CE	6																										
CD	16																										
PA	16																										
RC	11																										
TI	11																										
AS	12																										
MS	10																										
NV	9																										
SC	16																										
PR	16																										

### 3 Se modifica la especificación del código del medicamento.

Código del medicamento	Un valor único: código alfanumérico	<p>Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes. La codificación vigente para los medicamentos es el Código Único de Medicamentos – CUM, definido por la Resolución 255 de 2007.</p> <p>Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.</p>	
------------------------	-------------------------------------	---	--

## Contenido

INTRODUCCION.....	5
1. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS RIPS.....	6
2. CALIDAD DE LOS DATOS.....	8
3. COMO LEER ESTE LINEAMIENTO.....	8
4. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES .....	9
4.1. Estándar del archivo plano .....	9
4.2. Envío de los archivos planos .....	10
4.3. Archivo de control: CT .....	10
4.4. Archivo de transacciones: AF .....	11
4.5. Archivo de usuarios: US.....	14
4.6. Archivo de consulta: AC.....	18
4.7. Archivo de procedimientos: AP.....	25
4.8. Archivo de urgencia con observación: AU.....	28
4.9. Archivo de hospitalización: AH.....	31
4.10. Archivo de recién nacidos: AN .....	35
4.11. Archivo de medicamentos: AM .....	36
4.12. Archivo de otros servicios: AT.....	38

## INTRODUCCION

La información del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS, con su estructura única y estandarizada y todas sus clases de datos de identificación, del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación, constituyen una fuente de datos prioritaria para los procesos de dirección, regulación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

El RIPS provee los datos mínimos y básicos, y facilita las relaciones entre las entidades administradoras de planes de beneficios (pagadores), las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales independientes (prestadores) y apoya la generación de planes, programas, estrategias y operaciones, para la toma de decisiones gerenciales, estratégicas, administrativas y asistenciales.

La Resolución 3374 de 2000, “...Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las EAPB<sup>1</sup>...”, 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 en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 de 1993.

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<sup>2</sup> 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 del RIPS, estableciendo los lineamientos para mejorar la calidad, la oportunidad y la cobertura de los mismos, así como la apropiación de dicha Resolución por los prestadores de servicios de salud. Para el efecto, es fundamental que las instituciones incorporen estos lineamientos a sus procesos y se adapten las herramientas informáticas, para asegurar el registro y envío correcto de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social.

En el Repositorio Institucional Digital — RID del Portal Web del Ministerio de Salud y Protección Social, tema RIPS, encontrará la más reciente versión de los documentos y herramientas técnicas emitidos por esta entidad, las actualizaciones están relacionadas con la forma de cómo se deben registrar y validar los diferentes datos y la especificación para el envío de estos desde las IPS a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Así mismo, estos lineamientos se actualizarán en el RID cada vez que existan ajustes o cambios en los valores de alguno(s) de los campos del anexo técnico.

<sup>1</sup> EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios

<sup>2</sup> IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

## 1. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS RIPS

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 a las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud, ya sean Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o entidades de dirección y control del SGSSS. 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 vigente.

Las siguientes son las normas que determinan la obligatoriedad de los datos de RIPS:

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

NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
<p><b>Ley 100 de 1993.</b> "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".</p>	<p><b>Artículo 173. De las funciones del Ministerio de Salud. Numeral 7</b> "El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento".</p>
<p><b>Resolución 3374 de 2000.</b> "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados"</p>	<p><b>Artículo segundo.- Ámbito de Aplicación:</b> 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.</p>
<p><b>Decreto 4747 de 2007.</b> "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"</p>	<p>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".</p>
<p><b>Ley 1122 de 2007</b> "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"</p>	<p><b>Artículo 44: De la información en el Sistema General de Seguridad Social..... b)</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.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.</p>
<p><b>Ley 1438 del 19 de enero de 2011</b> "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".</p>	<p><b>Artículo 112°. Articulación del sistema de información.</b> 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><b>Artículo 114°. Obligación de reportar.</b> 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>

NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
	<p><b>Artículo 116°. Sanciones por la no provisión de información.</b> 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><b>Artículo 130°. Conductas que vulneran el sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud.</b> 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><b>Plan Nacional De Desarrollo 2010-2014</b></p>	<p>Define los aspectos fundamentales del uso de los RIPS, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“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”.</i></li> <li>• <i>“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”.</i></li> <li>• <i>“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”.</i></li> </ul>
<p><b>Resolución 1531 de 2014</b> “Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y su ámbito de aplicación”</p>	<p>Se establece el mecanismo para la transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, a través de la plataforma de Integración de datos – PISIS del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, y se amplían las entidades obligadas a reportar, mediante la modificación en tal sentido, de la Resolución 3374 de 2000.</p>

## 2. CALIDAD DE LOS DATOS

Las IPS están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud, la entrega oportuna a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados de manera individualizada, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3374 de 2000.

Igualmente, las IPS deben verificar en el envío de los datos de sus atenciones, que el registro cumpla con todos los criterios de validación (estándares que ha definido el Ministerio de Salud y 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 el siguiente enlace [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips#k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips#k=rips) o desde el Repositorio Institucional Digital RID.

## 3. COMO LEER ESTE LINEAMIENTO

Este documento expresa e incluye los conceptos de interpretación de la normatividad vigente, que se convierte en el documento de lineamientos con criterio orientador, y con el cual se da respuesta a las inquietudes planteadas por los diferentes usuarios y entidades. No obstante, la normatividad establecida por la Resolución 3374 de 2000 y aquellas que la complementan o modifican, son de obligatorio cumplimiento por todos las entidades pagadoras o prestadoras de servicios de salud en los términos y alcances definidos.

Para su interpretación es importante dar alcance a los términos que se utilizan en los encabezados de las tablas de estructura que contiene este documento, así:

- **Dato:** Se refiere a las variables o datos tal como lo expresa la Resolución 3374 de 2000.
- **Valores permitidos:** son los parámetros que son válidos en los datos. Se incluyen todos los valores desde la expedición de la Resolución 3374 de 2000 y los establecidos por otra normatividad hasta la fecha.
- **Cómo registrar:** es el concepto de cómo operativamente la IPS debe registrar el dato en sus propios sistemas institucionales. Todos los datos que solicita la resolución deben recogerse, conservando las restricciones de norma para cuando no aplica.
- **Software malla de validación:** corresponde a la validación que se hace en la solución informática de validación establecida de manera estándar por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, la cual debe utilizarse antes de enviar los datos.

## 4. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES

### 4.1. Estándar del archivo plano

- ***Tipos de archivos.***

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 (periodo reportado de seis caracteres). Es decir, el nombre queda con un total 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).

- ***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), de 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, se debe reportar coma coma sin ningún espacio (,,).

- ✓ 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 datos reportados en el archivo plano deben venir en mayúsculas y no traer caracteres especiales ni tildes.
- ✓ Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora:minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistema de veinticuatro (24) horas.
- ✓ 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 (Winzip) 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, a más tardar el día veinte (20) del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud, 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.
Nombre de la entidad que envía los datos.	Nombre asignado a la institución prestadora de servicios de salud.
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 y apellidos completos y legibles
Teléfono del responsable del envío	Indicativo y número telefónico
RIPS período de reporte	Descripción textual 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. En el archivo de control, el orden que debe llevar los registros es el siguiente:

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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.	Se valida formato, longitud.
Fecha de remisión	Valor único	Fecha de envío de los datos con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato. Se valida que no sea mayor a la actual
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.	Se valida que las dos primeras letras correspondan a los nombres definidos para los archivos y que los nombres no se encuentren repetidos.
Total de registros	Valor único	El número de registros que contiene el respectivo archivo, en número entero.	Que sea numérico y entero

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 deben 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 conjunto de registros de información de todas las facturas, cada registro incluye el encabezado de cada factura de compra/venta de servicios más el valor total con sus descuentos, comisiones y bonificaciones u otras pactadas entre el prestador y el 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye	Registrar el número completo del código de doce caracteres, asignado a la IPS en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS).	Se valida que se encuentre en la Base de Datos de habilitación.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	sedes	El código del prestador <sup>3</sup> es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, es de 12 dígitos, incluye sedes.	Que sea el mismo registrado en el archivo de control. Debe ser igual en todos los registros del archivo AF
Razón social o apellidos y nombre del prestador de servicios de salud	Un único valor	Nombre completo del profesional independiente o nombre o razón social de la IPS, como aparece en el registro de habilitación.	No debe estar vacío.
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"> <li>NI: Si es persona jurídica</li> <li>CC, CE, PA si es profesional independiente</li> </ul>	
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.	Se valida que el número no tenga más de 16 caracteres, sin guion
Número de la factura	Un único valor	Escribir el número de la factura según las reglas establecidas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato por capitación: todas las atenciones prestadas en el período, a los usuarios incluidos en el contrato, deben tener el mismo número de factura.</li> <li>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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada atención puede llevar un número de factura,</li> <li>- Las atenciones que están incluidas en el paquete pueden llevar el mismo número de factura (esta es la situación correcta)</li> <li>- Cuando el paquete incluya atenciones ambulatorias y hospitalización, las atenciones ambulatorias pueden llevar números distintos de factura y todas las atenciones dentro de la hospitalización un sólo número de factura que identifica la hospitalización.</li> </ul> </li> <li>Contrato por evento: todas las atenciones prestadas en el evento, a los usuarios incluidos en el contrato, deben tener el mismo número de factura.</li> </ul>	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.  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, un número de factura puede identificar varias atenciones.
Fecha de expedición de la factura	Un único valor formato fecha: dd/mm/aaaa	Registrar la fecha en que se expide la factura con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato fecha. Que la fecha no sea mayor a la fecha actual

<sup>3</sup> Para consultarlo favor entrar en: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Fecha de inicio	Un único valor formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha de inicio del período que se está reportando, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato. Que la fecha no sea mayor a la fecha actual. Que la fecha no sea mayor a la fecha final
Fecha final	Un único valor formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha del último día del mes, del período que está reportando, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato de fecha. Que la fecha no sea mayor a la fecha actual. Que la fecha no sea menor que la fecha de inicio.
Código entidad administradora	Valor único	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.  El número del código de la Entidad Administradora, debe ser de 6 caracteres.  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.  El Número de Identificación Tributaria – NIT, debe diligenciarse en 11 caracteres, que incluye el dígito de verificación.	Se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.  Cuando es una empresa pública o privada, no se valida.
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.	
Número del contrato	Un único valor	Se registra sólo si aplica	
Plan de beneficios	Un único valor	Se registra sólo si aplica	
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 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud. En los demás casos, diligenciarla solo si existe.	
Valor total del pago compartido (copago)	Un único valor	Se registra el valor real y total cancelado por los usuarios por las atenciones incluidas en este registro.	Se valida que no existan valores negativos
Valor de la comisión	Un único valor	Se registra sólo si aplica	
Valor total de descuentos	Un único valor	Se registra sólo si aplica	
Valor neto a pagar por la entidad contratante	Un único valor	Se registra el valor a cobrar al pagador en la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,).</li> <li>• Cuando es por paquete, pago global, DRG, atención integral u otra similar, se registra el valor correspondiente a la sumatoria de las</li> </ul>	Cuando los registros corresponden a contratación por capitación, se valida que el número de la factura sea el mismo de todas las atenciones.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<p>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”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para las demás atenciones, independientemente del tipo de contrato, se debe diligenciar el valor total de la factura.</li> </ul>	

#### 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Tipo de identificación del usuario.	CC=Cédula de ciudadanía CE=Cédula de extranjería CD=Carné diplomático PA=Pasaporte RC=Registro civil TI= Tarjeta de identidad AS=Adulto sin identificar MS=Menor sin identificar NV=Certificado de nacido vivo SC=Salvoconducto de la ONU PR=Pasaporte de la ONU	<p>Para los adultos, mayores o iguales a 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la <b>Cédula de Ciudadanía</b>.</p> <p>Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con la <b>Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte, Salvoconducto o Pasaporte de la ONU</b> para los refugiados o asilados.</p> <p>Los menores entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad.</p> <p>Para menores de 7 años, el tipo documento será el <b>Registro Civil</b>.</p> <p>Para menores de 3 meses, el tipo documento será el <b>Registro Civil o el certificado de Nacido Vivo</b>.</p> <p>En el caso de que un usuario del servicio de salud no cuente con una identificación de acuerdo los tipos de identificación establecidos, se debe tener en cuenta lo establecido por la resolución 2232 de 2015, Anexo técnico, tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, CD, PA, RC, TI, AS, MS, NV, SC, PR.</li> <li>Si el tipo de documento es TI o CC el campo debe ser numérico.</li> <li>Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Si valor de la edad es 3: el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN.</li> <li>Si Edad &gt; 17 años, no puede ser RC, TI, MS, NV</li> <li>Si la unidad de medida de la edad es 2 o 3 el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS.</li> <li>Si la unidad medida de la Edad es 3 el tipo de documento tiene que ser RC, NV.</li> <li>Si tipo documento es MS o NV la edad debe estar entre 1 a 90 días.</li> <li>Si tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.</li> </ul> </li> </ul>
Número de identificación del usuario del sistema	Un único valor	El personal de admisión de pacientes de la IPS debe tener en cuenta la siguiente tabla de longitudes máximas según el tipo de documento:	Se valida: <ul style="list-style-type: none"> <li>Que la longitud sea menor o igual a la máxima permitida para cada tipo de documento.</li> </ul>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>LONGITUD MÁXIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CC</td><td>10</td></tr> <tr><td>CE</td><td>6</td></tr> <tr><td>CD</td><td>16</td></tr> <tr><td>PA</td><td>16</td></tr> <tr><td>RC</td><td>11</td></tr> <tr><td>TI</td><td>11</td></tr> <tr><td>AS</td><td>12</td></tr> <tr><td>MS</td><td>10</td></tr> <tr><td>NV</td><td>9</td></tr> <tr><td>SC</td><td>16</td></tr> <tr><td>PR</td><td>16</td></tr> </tbody> </table> <p>En el caso de que un usuario del servicio de salud no cuente con una identificación de acuerdo los tipos de identificación establecidos, se debe tener en cuenta lo establecido por la Resolución 2232 de 2015, Anexo técnico, tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p>	TIPO	LONGITUD MÁXIMA	CC	10	CE	6	CD	16	PA	16	RC	11	TI	11	AS	12	MS	10	NV	9	SC	16	PR	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si es menor de 90 días y el tipo de documento es MS, se valida de acuerdo con la tabla para la identificación de población especial sin documento de identidad.</li> </ul>
TIPO	LONGITUD MÁXIMA																										
CC	10																										
CE	6																										
CD	16																										
PA	16																										
RC	11																										
TI	11																										
AS	12																										
MS	10																										
NV	9																										
SC	16																										
PR	16																										
Código entidad administradora	Valor único	<p>Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud.</p> <p>El número del código de la Entidad Administradora, deberá ser de 6 caracteres.</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 caracteres, que incluye el dígito de verificación.</p>	Se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales. Cuando es una empresa pública o privada, no se valida.																								
Tipo de usuario	Los valores de este dato quedan así: 1 =Contributivo 2 =Subsidiado 3 =Vinculado 4 =Particular 5 =Otro 6 =Desplazado con afiliación al Régimen Contributivo 7 =Desplazado con afiliación al Régimen subsidiado 8 =Desplazado no asegurado (Vinculado)	<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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>El valor permitido “Otro”, corresponde a usuarios de los Regímenes Especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPELROL, Congreso de la República) o a Entidades Obligadas a Compensar (EOC).</p>	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 8																								
Primer apellido del		Debe registrarse el primer apellido del usuario cuando	Se verifica que exista.																								

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
usuario		éste tiene dos apellidos; o el único que tenga; el apellido de soltera en las mujeres.	
Segundo apellido del usuario		Debe registrarse el segundo apellido cuando el usuario lo tiene.	
Primer nombre del usuario		Debe registrarse el primer nombre del usuario.	Se verifica que exista.
Segundo nombre del usuario		Debe registrarse el segundo nombre si lo tiene.	
Edad	Un único valor.	Este dato se refiere a la edad del usuario en valores enteros, en el momento de la atención.	Se valida que esté dentro de los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120 años</li> <li>- Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11 meses.</li> <li>- Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29 días.</li> </ul>
Unidad de medida de la edad	1 = Años 2 = Meses 3 = Días	Se registra marcando la opción que corresponda a: años, meses o días.	Se valida que el valor seleccionado en el campo anterior esté dentro de los valores permitidos.
Sexo	M = Masculino F = Femenino	Se registra marcando la opción que corresponda. Se debe tener en cuenta que cuando el sexo es "Masculino" se refiere a la condición física de hombre y cuando es "Femenino" se refiere a la condición física de mujer.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.
Código del departamento de residencia habitual	Un único valor	Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva 6 ó más meses viviendo de manera permanente. Se registra el código correspondiente al departamento en la tabla DIVIPOLA.	Se valida que esté dentro del rango 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 usuarios de salud que no están identificados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, según el Anexo Técnico, tabla 1 de la Resolución N° 2232 de 2015**

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	LONGITUD MÁXIMA DEL DATO	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código de departamento + código de municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125
Indígenas mayores de edad	AS	10	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
Habitantes de la calle mayores de edad.	AS	10	Código de departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001D0008
Habitantes de la calle menores de edad.	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001D0008
Menores de edad desvinculados del conflicto armado. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. Menores de edad a cargo del ICBF.	MS	10	Código de departamento + código de municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001A0009
Indígenas menores de edad	MS	10	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 08001I8125. Solo aplica para Régimen Subsidiado.
Menor de edad recién nacido con edad menor o igual a un (1) mes.	MS	12	Número de documento de la madre o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). "Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización antes que cumpla el año.
Desplazados menores de edad	MS	10	Departamento + municipio + P + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001P0008  *Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización del documento a la BDUA.
Desplazados mayores de edad	AS	10	Departamento + municipio + P + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001P0008. *Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación de esta población y reportar la actualización del documento a la BDUA.
Población Reclusa con identificación interna asignada por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC	MS	6	Número asignado por el INPEC. Para menores de tres (3) años que convivan con sus madres reclusos en los establecimientos a cargo del INPEC.
	AS		Número asignado por el INPEC. Para internos reclusos en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.

#### 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 – CUPS vigente.

Las consultas a registrar son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapistas, nutricionistas, óptometras 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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 caracteres, asignado a la IPS en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS).  El código del prestador <sup>4</sup> es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, es de 12 caracteres, incluye sedes.	Se valida que se encuentre en la Base de Datos de habilitación.  Que sea el mismo registrado en el archivo de control.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha de la consulta	Un único valor Formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha en que fue realizada la consulta por el profesional de salud.	Se valida que se use el formato estándar de fecha. Que la fecha de la consulta no supere la fecha actual.
Número de autorización	Un valor único Código alfanumérico.	Se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización.	Se debe diligenciar cuando se ha generado una autorización para la prestación del servicio.
Código de la	Un único valor posible de	Este dato corresponde al código de la consulta, según	Que exista en la tabla de

<sup>4</sup> Para consultarlo favor entrar en: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
consulta	esa variable: el código CUPS.	<p>disciplina (medicina, odontología, enfermería, nutrición, sicología, optometría, etc.), de acuerdo con la clasificación CUPS vigente. Especifica 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><b>Consulta médica electiva:</b> 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 complementarse con la variable de finalidad.</p> <p>Los códigos de consulta electiva de primera vez son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.2.01:</b> Consulta de medicina general electiva:</li> <li>- <b>89.0.2.02:</b> Consulta de medicina especializada electiva:</li> </ul> <p><b>Consulta de control.</b> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de Medicina general de control: <b>89.0.3.01</b></li> <li>- Consulta de Medicina especializada de control: <b>89.0.3.02</b></li> </ul>	procedimientos en salud - CUPS <sup>5</sup>

<sup>5</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<p><b>Consulta Médica de urgencias:</b> La que se presta en los servicios de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.7.01:</b> Consulta de urgencia por medicina general:</li> <li>- <b>89.0.7.02:</b> Consulta de urgencia por medicina especializada</li> </ul> <p><b>Consulta médica domiciliaria o al sitio de trabajo:</b> 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"> <li>- <b>89.0.1.01:</b> Consulta por medicina general:</li> <li>- <b>89.0.1.02:</b> Consulta por medicina especializada:</li> </ul> <p><b>Consulta odontológica electiva:</b> 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"> <li>- <b>89.0.2.03:</b> Consulta odontológica general de primera vez:</li> <li>- <b>89.0.2.04:</b> Consulta odontológica especializada de primera vez:</li> </ul> <p>Las consultas de control en odontología se realizan cuando un tratamiento ha sido terminado, para evaluar la funcionalidad y la respuesta del tratamiento a la problemática general. Se codifican así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.3.04:</b> Consulta odontológica especializada de control:</li> <li>- <b>89.0.3.03:</b> Consulta odontológica general de control:</li> </ul> <p><b>Consulta odontológica de urgencias:</b> 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>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.7.03:</b> Consulta de odontología general:</li> <li>- <b>89.0.7.04:</b> Consulta de odontología especializada:</li> </ul> <p><b>Consulta de enfermería: de P y P:</b> 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"> <li>- <b>89.0.2.05:</b> Consulta de primera vez por enfermería:</li> <li>- <b>89.0.3.05:</b> Consulta de control o seguimiento por enfermería:</li> <li>- <b>89.0.1.05:</b> Atención (visita) domiciliaria por enfermería:</li> </ul> <p><b>Consultas por otros profesionales:</b> 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"> <li>- <b>89.0.2.06:</b> Nutrición y dietética</li> <li>- <b>89.0.2.08:</b> Psicología</li> <li>- <b>89.0.2.07:</b> Optometría</li> <li>- <b>89.0.2.09:</b> Trabajo Social</li> <li>- <b>89.0.2.10:</b> Foniatría y fonoaudiología</li> <li>- <b>89.0.2.11:</b> Fisioterapia</li> <li>- <b>89.0.2.12:</b> Terapia respiratoria</li> <li>- <b>89.0.2.13:</b> Terapia ocupacional</li> </ul> <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"> <li>- <b>89.0.3.06:</b> Nutrición y dietética</li> <li>- <b>89.0.3.07:</b> Optometría</li> <li>- <b>89.0.3.08:</b> Psicología</li> <li>- <b>89.0.3.09:</b> Trabajo Social</li> <li>- <b>89.0.3.10:</b> Foniatría y fonoaudiología</li> <li>- <b>89.0.3.11:</b> Fisioterapia</li> <li>- <b>89.0.3.12:</b> Terapia respiratoria</li> <li>- <b>89.0.3.13:</b> Terapia ocupacional</li> </ul> <p><b>Interconsultas:</b> 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 conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<p>responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.</p> <p>Los códigos correspondientes a las interconsultas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Del 89.0.4.02 al 89.0.4.13</li> </ul> <p><b>Junta médica:</b> 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). Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta. Los códigos para la Junta Médica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.5.01:</b> Participación en Junta médica, por medicina general, cuando la Junta Médica sea de médicos generales.</li> <li>- <b>89.0.5.02:</b> Participación en Junta médica por medicina especializada, cuando la Junta Médica sea de médicos especialistas</li> <li>- <b>89.0.5.03:</b> Participación en Junta médica por otro profesional de salud, cuando en la Junta Médica participen distintos profesionales.</li> </ul> <p><b>Consulta de Medicina alternativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.2.14:</b> De primera vez</li> <li>- <b>89.0.3.14:</b> De control</li> </ul> <p><b>Salud mental:</b> 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.2.02:</b> Consulta de primera vez por medicina especializada</li> <li>- <b>89.0.2.08:</b> Consulta de primera vez por psicología</li> </ul> <p>Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.0.3.02:</b> Consulta de control o seguimiento por medicina especializada:</li> <li>- <b>89.0.3.08:</b> Consulta de control o seguimiento por psicología</li> </ul> <p>Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos:</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del <b>94.0.1.00</b> al <b>94.1.4.00</b> con finalidad diagnóstica,</li> <li>- De la <b>94.2.6.00</b> a la <b>94.4.9.15</b> con finalidad terapéutica.</li> </ul> <p>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.</p>	
Finalidad de la consulta	01 = Atención del parto (puerperio) 02 = Atención del recién nacido 03 = Atención en planificación familiar 04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años 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	<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 <b>01 al 08</b> corresponden a una finalidad de DETECCION TEMPRANA.</p> <p><b>La finalidad 10</b> 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"> <li>1. Que la finalidad exista en la tabla de finalidad.</li> <li>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.</li> <li>3. Si la finalidad es 10 el diagnóstico no puede tener con código "Z".</li> </ol>
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	<p>Los valores del 1 al 12 se refieren a las causas 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.</p>	<p>Se valida que la causa externa se encuentre en la tabla de valores permitidos.</p>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra		
Código del diagnóstico principal	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	<p>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.</p> <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>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.</p>	<p>Campo obligatorio.</p> <p>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".</p> <p>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 en el Repositorio Institucional Digital – RID)<sup>6</sup>:</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>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 por la cual se solicita la atención.</p> <p>Si existe, se verifica que esté en la tabla de referencia de CIE, 10<sup>o</sup> revisión<sup>7</sup>.</p>
Código del diagnóstico relacionado No. 2	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	Igual especificación que en el anterior

<sup>6</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

<sup>7</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código del diagnóstico relacionado No. 3	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	Igual especificación que en el anterior
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 profesional de salud en el momento de la atención.	Se valida que el tipo de diagnóstico corresponda a los valores permitidos.
Valor de la consulta	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento.  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).	Se valida que el campo sea numérico.
Valor de la cuota moderadora	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	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.  Se debe registrar el valor pagado por el usuario.	Se valida que el campo sea numérico.
Valor neto a pagar	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta.  Si la consulta se realiza como parte de un paquete de servicios se debe registrar en este campo "0" (cero), y asegúrese que en la factura este el valor total del paquete de servicios.	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 Promoción y Prevención (PyP), procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como la terapia física, la terapia respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

La codificación de procedimientos se realiza de acuerdo a la CUPS, la cual es de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional y para todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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.	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el Sistema	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha del procedimiento	Un valor único formato fecha: dd/mm/aaaa	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Número de autorización	Un valor único código alfanumérico	Igual regla que para consulta	Se debe diligenciar cuando se ha generado una autorización para la prestación del servicio
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 ( <b>CUPS</b> ) Colombia.	Se verifica que el procedimiento exista en la tabla de procedimientos: CUPS.
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.	Se verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.
Finalidad del procedimiento	1 = Diagnóstico 2 = Terapéutico 3 = Protección específica 4 = Detección temprana de enfermedad general 5 = Detección temprana de enfermedad laboral	<p>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.</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>	Se verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Personal que atiende	1 = Médico (a) especialista 2 = Médico (a) general 3 = Enfermera (o) 4 = Auxiliar de enfermería 5 = Otro	Sólo debe registrarse para el procedimiento: "Atención del parto".	Se verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable, cuando el procedimiento es: atención del parto.
Diagnóstico principal	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Sólo se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos.  Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10.	Se verifica que este diligenciado cuando es un procedimiento quirúrgico.  Se verifica que el diagnóstico esté en la tabla de CIE, 10° revisión <sup>8</sup> , en los rangos permitidos para edad y sexo.
Diagnóstico relacionado	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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 de la CIE-10.	Si existe, se verifica que el diagnóstico esté en la tabla de los diagnósticos (CIE 10° versión) <sup>9</sup> en los rangos permitidos para edad y sexo.
Complicación	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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).	Si existe, se verifica que el diagnóstico esté en la tabla de los diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.
Forma de realización del acto quirúrgico	1 = Único o unilateral 2 = Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad 3 = Múltiple o bilateral, misma vía, igual especialidad 4 = Múltiple o bilateral, diferente vía, diferente especialidad 5 = Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad		Se valida que el valor esté en la tabla de valores permitidos.
Valor del procedimiento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por ese procedimiento.  Si el procedimiento se realiza como parte de un paquete de servicios se debe registrar en este campo "0" (cero), y asegúrese que en la factura este el valor total del paquete de servicios.	Se valida que el campo sea numérico.

<sup>8</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

<sup>9</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

#### 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 camilla. 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 registro en este archivo.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Un valor único	Igual regla que para usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha de ingreso del usuario a observación	Un valor único Formato fecha: dd/mm/aaaa	Debe registrarse la fecha en que el usuario ingreso a la unidad de observación, con el formato estándar de fecha. Formato = dd/mm/aaaa.	Se valida que la fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual. La fecha de ingreso debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias
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).	Se valida el formato hora.  Que el valor no exceda de: 24 horas ni de 60 minutos.  Si la Fecha Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la hora de ingreso debe ser anterior a hora de salida.
Número de autorización	Un valor único Código alfanumérico.	Sólo deben registrar este dato si lo necesitan para soportar el pago de la atención.	Se debe diligenciar cuando se ha generado una autorización para la prestación del servicio.
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	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.	Se valida que la causa externa se encuentre en la tabla de valores permitidos.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra		
Diagnóstico a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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 diagnóstico de causa externa.	Campo obligatorio.  Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión <sup>10</sup> .  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.
Diagnóstico relacionado Nro. 1 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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.	Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10 <sup>11</sup> .  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.  Iguales validaciones que para diagnóstico a la salida.
Diagnóstico relacionado Nro. 2 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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.	Igual validación a la del diagnóstico relacionado 1.

<sup>10</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

<sup>11</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Diagnóstico relacionado Nro. 3 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Puede corresponder a: 1) un tercer diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa.	Igual validación a la del diagnóstico relacionado 1.
Destino del usuario a la salida de observación	1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización	Debe seleccionarse uno de los posibles valores de ésta variable.	Si el destino es hospitalización, deberá aparecer un registro de hospitalización en la misma fecha o del día siguiente.  Si el destino = 2, el usuario no debe aparecer en AC de urgencias con fecha posterior.  Si el destino = 2, el usuario no debe aparecer en AP con fecha posterior a la fecha de salida.
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.	Se valida que el valor esté en el rango permitido.
Causa básica de muerte en urgencias	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	La causa básica de muerte, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 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.  Obligatorio si el estado a la salida es = 2.	Se valida que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.  Se valida que el código esté en la tabla de CIE 10 <sup>12</sup> .  Si hubo muerte, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.
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.	Se valida 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	Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de urgencias, con el formato estándar de hora militar.  Formato = hh:mm (hora militar)	Se valida el formato hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.  Si la Fecha de Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.

<sup>12</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

#### 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 seis (6) horas en urgencias y la EAPB exige al prestador 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 y hubo un recién nacido, se debe diligenciar el archivo RN, así como todos los RIPS relacionados con las prestaciones individuales de la madre y el recién nacido

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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.	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla de registro de consulta.	Igual validación que para la consulta.
Tipo de documento de identificación del usuario	Tipo de identificación.	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Número de identificación del usuario en el Sistema.	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Vía de ingreso a la institución	1 = Urgencias 2 = Consulta externa o programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la institución	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.  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.	Si la Vía de ingreso = 1, el usuario debe aparecer en AU.  Si la Vía de ingreso = 1 y no aparece en AU, el usuario debe aparecer en AC con consulta de urgencias.  Si la Vía de ingreso = 2, el usuario debe aparecer en AC, con consultas generales o especializadas.  Si la Vía de ingreso = 4, debe aparecer la hospitalización y el procedimiento parto, de la mamá.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Fecha de ingreso del usuario a la institución	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha (día, mes y año) en que el paciente ha sido ingresado al servicio de hospitalización.  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.	Se valida que la fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual.  La fecha de ingreso debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias.
Hora de ingreso del usuario a la Institución	Un valor único.	Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a hospitalización, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar).	Se valida el formato de hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.  Si la Fecha de Ingreso es igual a la Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.
Número de autorización	Un valor único Código alfanumérico.	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 auditoria y el pago.	Se debe diligenciar cuando se ha generado una autorización para la prestación del servicio.
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	Del 1 al 12 son las causas externas que más interesan para la vigilancia de la salud pública.  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.  Los valores 13 y 14 corresponden a las causas de demanda de enfermedad general o laboral.	Se valida que el valor registrado se encuentre en el rango de los valores permitidos.
Diagnóstico principal de ingreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Corresponde al diagnóstico que dio origen a la hospitalización: en urgencias, consulta externa o remisión. En éste campo no debe ir un Diagnóstico de causa externa.	Campo obligatorio.  Se valida que no sea un código "Z".  Se valida que esté en la tabla de CIE, 10ª revisión <sup>13</sup> .  Para el caso de un evento relacionado con riesgos

<sup>13</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			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.
Diagnóstico principal de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	El diagnóstico principal de egreso debe ser un 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 Diagnóstico de causa externa.	<p>Campo obligatorio.</p> <p>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión<sup>14</sup>.</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 justifica la hospitalización. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</p>
Diagnóstico relacionado Nro. 1 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadia en el hospital.	<p>Se valida que esté en la tabla de CIE, 10° revisión<sup>15</sup>.</p> <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</p>

<sup>14</sup> Ídem.

<sup>15</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			a la causa externa asociada a la atención hospitalaria.
Diagnóstico relacionado Nro. 2 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Igual validación que la del diagnóstico relacionado 1.
Diagnóstico relacionado Nro. 3 de egreso.	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Igual validación que la del diagnóstico relacionado 1.
Diagnóstico de la complicación	Un valor único: código alfanumérico	Se diligencia si hubo una complicación.	Se valida que esté en la tabla de CIE, 10 <sup>o</sup> revisión <sup>16</sup> .  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.
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 caracteres.	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.  Obligatorio si el estado a la salida es = 2.	Se valida que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.  Se valida que el código esté en la tabla de CIE 10 <sup>17</sup> .
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. Formato fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato fecha. Que 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.	Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de hospitalización. Formato de hora hh:mm.	Se valida que el formato hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.  Si la Fecha de Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.

<sup>16</sup> Ídem.

<sup>17</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

#### 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
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.	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta.	Igual validación que en el archivo de transacción.
Tipo de identificación de la madre	CC= Cédula ciudadanía CE= Cédula de extranjería CD=Carné diplomático PA=Pasaporte RC=Registro civil TI =Tarjeta de identidad AS=Adulto sin identificación MS=Menor sin identificación SC= Salvoconducto PR = Pasaporte de la ONU	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.	Se valida estructura.  Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, CD, PA, RC, TI, AS, MS, SC.  Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad.
Número de identificación de la madre en el Sistema	Número de identificación del usuario en el Sistema	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha de nacimiento del recién nacido	Un valor único. Formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de nacimiento del recién nacido. Formato fecha: dd/mm/aaaa.	Se valida el formato fecha.  Se valida que la fecha de la salida no sea mayor a la actual.  Se valida que la fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.
Hora de nacimiento	Un valor único.	Es la hora del alumbramiento. Hora militar (valor hasta 24 horas). Formato: hh:mm.	Se valida el formato hora.  Que el valor no exceda de 24 horas ni 60 minutos.  Si la Fecha Ingreso es igual a la Fecha Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.
Edad gestacional	Un valor único	Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto.	
Control prenatal	1 = Si 2 = No	Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.
Sexo	1= Masculino 2 =Femenino	Identificador del sexo del recién nacido.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido
Peso	Un valor único	Peso en gramos del recién nacido.	Se valida que sea numérico.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Diagnóstico del recién nacido	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Si el niño presenta alguna patología, se debe colocar un Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente <sup>18</sup> . Puede ser un diagnóstico presuntivo.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido de la tabla de referencia.
Causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	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.	Se valida que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.  Se valida que el código esté en la tabla de CIE 10 <sup>19</sup> .  Si hubo muerte, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.
Fecha de muerte del recién nacido	Un valor único. Formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de muerte del recién nacido. Formato fecha: dd/mm/aaaa	Se valida el formato fecha.  Se valida que la fecha muerte no sea mayor a la fecha actual.  Se valida que la fecha de muerte no sea anterior a la fecha de nacimiento.
Hora de muerte del recién nacido	Un valor único.	Hora de defunción del recién nacido. Formato hh:mm.	Se valida el formato hora.  Se valida que el valor no exceda de 24 horas ni de 60 minutos.  Si la Fecha de Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a la Hora de Salida.

#### 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Número de la factura	Un único valor.	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales.	Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones. Que cumpla las reglas de registro de la factura: un

<sup>18</sup> Para consultarlo favor entrar en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips)

<sup>19</sup> Ídem.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			sólo número para contratos de capitación.
Código del prestador de servicios de salud	Valor único: código del prestador. (12 posiciones incluyen sedes).	Igual regla que para consulta.	Igual validación que en el archivo de transacción.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	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.
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.	Se debe diligenciar cuando el pagador le ha asignado un número de autorización.
Código del medicamento	Un valor único: código alfanumérico.	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes. La codificación vigente para los medicamentos es el Código Único de Medicamentos – CUM, definido por la Resolución 255 de 2007. Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	
Tipo de medicamento	1= Medicamento POS 2= Medicamento no POS	Identificador para determinar la condición del medicamento en el plan de beneficios.  Medicamento POS, cuando es un medicamento cubierto por el PBSUPC (Plan de Beneficios en Salud a cargo de la unidad de pago por capitación).  Medicamento no POS, cuando es un medicamento NO cubierto por el PBSUPC.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.
Nombre genérico del medicamento	Descripción textual del medicamento en nombre genérico (denominación común internacional).	Debe diligenciarse para todos los medicamentos administrados al paciente.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento tenga código o no.
Forma farmacéutica	Descripción textual de la forma farmacéutica del medicamento, según el CUM.	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”, según la normatividad vigente.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Concentración del medicamento	Descripción textual de la concentración del medicamento, expresada según el CUM.	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Unidad de medida del medicamento	Descripción textual de la Unidad de Medida del medicamento, según el	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	CUM. .		medicamento sea POS o No.
Número de unidades	Número de unidades administradas o aplicadas del medicamento	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.  Debe corresponder al número total de dosis o unidades aplicadas o administradas del medicamento.	Se valida que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Valor unitario de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Si se diligencia el número de unidades de medicamento, se valida que este diligenciado el valor unitario del medicamento.
Valor total de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Se valida que la multiplicación de "Número de Unidades" por el "Valor Unitario" sea igual al "Valor Total de Medicamento".

#### 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	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Número de la factura	Un valor único	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	Un valor único: código del prestador. (12 posiciones – debe incluir sedes)	Igual regla de registro que en archivo de transacción.	Igual validación que en el archivo de transacción.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	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.
Número de autorización	Un valor único: código alfanumérico.	Se registra si la IPS ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización.  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).  En blanco cuando el servicio no requiera autorización.	Se debe diligenciar cuando se ha generado una autorización para la prestación del servicio.
Tipo de servicio	1 = Materiales e insumos 2 = Traslados 3 = Estancias 4 = Honorarios	Identificador para determinar el tipo de servicio.  <b>Estancia:</b> 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).  <b>Materiales e insumos utilizados en la atención:</b> Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado.  <b>Traslado de pacientes:</b> 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.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		<b>Honorarios:</b> 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.	
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. Si el servicio se encuentra especificado en el codificador tarifario que este pactado, se debe colocar el código respectivo, de lo contrario, dejar en blanco.	
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.	Se verifica que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el servicio tenga código o no.
Cantidad	Cantidad del servicio según el tipo de servicio.	Diligenciar según el tipo de servicio:  <b>Estancia:</b> 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.  <b>Materiales e insumos:</b> el número de unidades aplicadas o utilizadas en la atención del paciente.  <b>Traslados:</b> el número de viajes realizados en el o los traslados del paciente (de ida y regreso), por cada tipo de traslado.  <b>Honorarios:</b> se registran los honorarios por servicios distintos a los de procedimientos quirúrgicos, que ya se han incluido en el valor de éste.	Se verifica que el campo esté diligenciado si se especifican un código o nombre del otro servicio.
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 (.).	Se verifica que el campo esté diligenciado cuando este diligenciado la "Cantidad" del servicio.
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 (.).	Se verifica que la multiplicación de "Cantidad" por el "Valor Unitario del material e insumo" sea igual al "Valor total del material e insumo".

## CONTACTESE CON LA MESA DE AYUDA

En caso de requerir ayuda, por favor contacte a nuestra Mesa de Ayuda en el siguiente enlace:

[http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa\\_Ayudas.aspx](http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayudas.aspx)

*Descargue el documento de lineamientos desde el Portal Web:*

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=rips#k=rips](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips#k=rips) o desde el Repositorio Institucional Digital - RID.

*(Este documento guía, se actualizará en el sitio cada vez que cambie la norma o los valores en alguno de los campos del anexo técnico reportado)*