



# FICHA DE EVALUACION INSTITUCIONAL

## INTRODUCCIÓN

El Registro Único de Afiliados (RUAF) es un sistema que tiene como componente principal una base de datos única donde se almacena la información de la Protección Social y a su vez informa y actualiza las bases de datos involucradas por su competencia, adicionalmente el sistema cuenta con una serie de aplicaciones que permiten al Ministerio de la Protección Social contar con una herramienta fundamental para la planeación y la definición de políticas de ampliación de cobertura.

El aplicativo de Nacimientos y Defunciones (ND), maneja la información correspondiente a los nacimientos y de defunciones que ocurren en el territorio nacional, con lo cual administra la totalidad de la información necesaria para la producción de las estadísticas vitales.

El Ministerio de la Protección Social y el DANE, se encuentran trabajando en la modernización tecnológica de las Estadísticas Vitales, con el fin de encaminar el diligenciamiento de los certificados de Nacimientos y Defunciones en físico, al proceso de registrarlos en formularios electrónicos.

Para tal fin se han desarrollado y planteado instrumentos que buscan el logro del objetivo de la modernización del proceso. Uno de los instrumentos es “la ficha de Evaluación Institucional” la cual a través de su diligenciamiento permitirá tener un conocimiento del estado de la institución en cuanto a la operación actual de la información de Estadísticas Vitales, su disponibilidad y estado tecnológico para asumir el mejoramiento tecnológico de las mismas.

El presente documento determina el contenido general de la ficha de evaluación institucional y las orientaciones básicas para su diligenciamiento.



## OBJETIVOS

Evaluar entre otros aspectos el volumen de hechos vitales (nacimientos y defunciones), además de la infraestructura tecnológica y equipos, con que cuenta la institución de salud, con el fin de conocer el manejo del registro de los hechos vitales.

Estudiar y determinar con el grupo coordinador de implantación, cuales van a ser los pasos a desarrollar para que la IPS ingrese en el proceso de implantación del aplicativo para la captura de la información, de los certificados de nacido vivo y defunción; tales como plataforma de operación número de personas a capacitar, etc.



El presente documento consta de dos páginas, la primera página es la información básica de la institución y en la segunda página se relaciona las características de los equipos de cómputo.

La información registrada en este instrumento, es uno de los insumos básicos a tener en cuenta en la fase de implantación del aplicativo de nacimientos y defunciones del proyecto RUAF.

## Página No. 1

### Ficha de Evaluación Institucional

Es un formato esquemático que contiene la información básica de la institución de salud, con el fin de evaluar el volumen de hechos vitales (nacimientos y defunciones) en su institución.



Por otra parte se relaciona al personal de salud que labora en dicha IPS y que tiene que ver estadísticas vitales, que próximamente podrían participar en la modalidad de capacitación virtual o presencial, en convenio con el servicio nacional de aprendizaje SENA; sobre el diligenciamiento y captura electrónica de la información de los certificados de nacido vivo y defunción, del proyecto RUAF del Ministerio de la Protección Social.

## Contenido

**Parte I:** Datos generales de la institución, correspondiente al diligenciamiento de:

- Fecha de diligenciamiento: Año, mes y día, cuando es llenado el formato.
- Departamento, Municipio donde se encuentra ubicada la institución de salud: Para el diligenciamiento de estos campos, el usuario escoge estos datos de una lista de selección predefinida para tal fin.



Departamento	Municipio
ANTIOQUIA	27025 ALTO BAUDO
ANTIOQUIA	
ATLANTICO	
BOGOTÁ	
BOLIVAR	
BOYACA	
CALDAS	
CAQUETA	
CAUCA	

Departamento	Municipio
ANTIOQUIA	05001 MEDELLIN
	05001 MEDELLIN
	05002 ABEJORRAL
	05004 ABRIAQUI
	05021 ALEJANDRIA
	05030 AMAGA
	05031 AMALFI
	05034 ANDES
	05036 ANGELOPOLIS

- Nombre de la Sede: El usuario digita el nombre completo de la institución de salud, sin abreviaturas.

- Código de la sede: El formato prediligencia inicialmente dos dígitos que identifica al departamento y los tres siguientes que identifica al municipio.

La persona que esta diligenciando la ficha, debe anexar el complemento del código de la sede, es decir 7 dígitos asignados a la IPS; adicionales a los de departamento y municipio. El formato verifica que en este campo el dato capturado sea numérico y contenga 7 dígitos.

- Nivel de atención de la institución: Este campo, solo aplica para instituciones públicas.

- La institución de salud atiende partos, si cuenta con servicio de hospitalización, y el número de camas de la misma.

- Personal de salud que labora en su institución relacionado  
Con estadísticas vitales.





- La institución cuenta con funcionarios para realizar la inscripción de los nacimientos en el registro civil.
- El código de la ficha de evaluación institucional, (es diligenciado exclusivamente por parte del grupo de implantación).

	<b>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PROYECTO RUAF Modulo de Nacimientos y Defunciones</b>	
		Código Ficha
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
<b>INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION</b>		
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyectar y el país.		
<b>DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN</b>		
Fecha de diligenciamiento	AAAA	MM DD
Departamento	CUNDINAMARCA	
Municipio	25269 FACATATIVA	
Nombre de la Institución	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	
Código de la Sede	25269	0004901
Nivel de Atención de la Institución		
Solo aplica para Instituciones Públicas		
Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>		
En su Institución de Salud :		
Se atienden partos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se cuenta con servicio de HOSPITALIZACION ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. Camas _____
Personal de Salud que labora en su institución relacionado con Estadísticas Vitales		
No. Médicos (Incluidos Médicos Generales y Especialistas)	_____	No. de Enfermeras (os) _____
No. de Auxiliares de Enfermería	_____	No. Promotores de Salud que pertenecen a su Institución _____
La institución cuenta con funcionarios para realizar la inscripción de los Nacimientos en el registro civil?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuantos _____



**Parte II:** Grupo coordinador de pruebas de la institución, corresponde al personal tanto de estadísticas vitales, y sistemas en la institución que prestarán los servicios de apoyo y soporte durante las diferentes fases del proceso de implantación del sistema.

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL PROYECTO RUAF Modulo de Nacimientos y Defunciones</p>	
	Código Ficha	
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION		
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyectar y el país.		

GRUPO COORDINADOR DE IMPLANTACION EN LA INSTITUCION		
Para efectos de realizar pruebas de los aplicativos de nacimientos y defunciones, se requiere definir un coordinador de implantación quien apoyará todo el proceso al interior de cada una de las instituciones.		
Nombre del Coordinador	_____	
Profesión	_____	Cargo _____
Teléfono Institucional	_____	Teléfono Personal _____
Correo Electrónico	_____	
<b>Personas del Grupo de Apoyo en el proceso de implantación - Personal Médico y Administrativo.</b>		
(Jefes de Ginecoobstetricia, Jefes de Urgencia, encargados del Área de sistemas, del Área Administrativa y demás personal que manejen el tema de EEVV).		
Nombre Completo	Profesión/Cargo	Tel. Institucional
	<b>Delegado de Sistemas</b>	



**Parte III:** Reporte de volúmenes de nacimientos, la información aquí diligenciada corresponde al volumen de partos atendidos en su IPS, igualmente si la institución posee un registro físico de control, la periodicidad con que se consigna dicha información y el tipo de registro. Asimismo se desea saber la cantidad de certificados de nacido vivo diligenciados en su institución.

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL PROYECTO RUAF Modulo de Nacimientos y Defunciones</p>				
		Código Ficha			
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>					
INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION					
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyecto y el país.					
<b>REPORTE DE VOLUMENES DE NACIMIENTOS</b>					
No. Partos atendidos en su institución.					
Promedio Diario	Nacidos Vivos <input type="text"/> Nacidos Muertos <input type="text"/>	Promedio Semanal	Nacidos Vivos <input type="text"/> Nacidos Muertos <input type="text"/>	Promedio Mensual	Nacidos Vivos <input type="text"/> Nacidos Muertos <input type="text"/>
Posee un registro físico de control de nacimientos en su institución?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>	Sistematizado <input type="checkbox"/>
Periodicidad de diligenciamiento del registro físico de control de nacimientos.			Diario _____	Semanal _____	Mensual _____
No. de Certificados de Nacido Vivo diligenciados en su institución.			Promedio Diario _____	Promedio Semanal _____	Promedio Mensual _____
El diligenciamiento de los certificados de nacido vivo se da especialmente en horas de:			La mañana _____	La tarde _____	La noche _____
A cualquier hora del día _____					



**Parte IV:** Reporte de volúmenes de defunciones, la información aquí diligenciada corresponde al volumen de personas que fallecen en su IPS, igualmente si la institución posee un registro físico de control, la periodicidad con que se consigna dicha información y el tipo de registro. Asimismo se desea saber la cantidad de certificados de defunción diligenciados en su institución.

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL PROYECTO RUAF Modulo de Nacimientos y Defunciones</p>	
Código Ficha		
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION		
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyectar y el país.		
<b>REPORTE DE VOLUMENES DE DEFUNCIONES</b>		
No. de personas que fallecen en su institución. <input style="width: 80%;" type="text"/>		
Promedio Diario <input style="width: 150px;" type="text"/>	Promedio Semanal <input style="width: 150px;" type="text"/>	Promedio Mensual <input style="width: 150px;" type="text"/>
Posee un registro físico de control de defunciones en su institución?	SI <input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	Sistematizado <input type="checkbox"/>
Periodicidad de diligenciamiento del registro físico de control de defunciones.		
Diario <input style="width: 150px;" type="text"/>	Semanal <input style="width: 150px;" type="text"/>	Mensual <input style="width: 150px;" type="text"/>
No. de Certificados de Defunción diligenciados en su institución. <input style="width: 80%;" type="text"/>		
Promedio Diario <input style="width: 150px;" type="text"/>	Promedio Semanal <input style="width: 150px;" type="text"/>	Promedio Mensual <input style="width: 150px;" type="text"/>
El diligenciamiento de los certificados de defunción se da especialmente en horas de:		
La mañana <input style="width: 150px;" type="text"/>	La tarde <input style="width: 150px;" type="text"/>	La noche <input style="width: 150px;" type="text"/>
A cualquier hora del día <input style="width: 150px;" type="text"/>		





**Ministerio de la Protección Social**  
**República de Colombia**



**Parte VI:** Chequeo de recursos para la operación del aplicativo en la institución, en esta sección del formato se identifica si se tiene disponible por cada punto generador de certificados; equipos de cómputo y la disponibilidad de los mismos, para el manejo del aplicativo en la captura de la información de los certificados de nacido vivo y defunción.

	<b>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL</b> <b>PROYECTO RUAF</b> Modulo de Nacimientos y Defunciones	
		Código Ficha
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION		
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyecto y el país.		
<b>CHEQUEO DE RECURSOS PARA LA OPERACIÓN DEL APLICATIVO EN LA INSTITUCION</b>		
<b>ITEM 1. EQUIPOS DE COMPUTO</b>		
Posee equipo de cómputo en cada uno de los puntos de servicio identificados como posibles generadores de Nacimientos y Defunciones?		
SI	_____	NO _____
Favor diligencie el instrumento anexo " <i>Características de equipo de cómputo</i> ", para cada uno de los puntos identificados anteriormente.		
<b>ITEM 2. DISPONIBILIDAD ESPECIFICA DE EQUIPOS DE COMPUTO</b>		
Dentro del proceso de automatización de los certificados tanto de nacimientos como de defunciones, se tiene previsto en su institución:		
<i>Uso de equipos de cómputo de manera exclusiva</i>	_____	<i>Uso de equipos de cómputo con aplicaciones compartidas</i> _____



**Parte VII:** Plataforma de operación de nacimientos y defunciones en las IPS, aquí se diligencia los mecanismos tecnológicos contemplados que considera la institución de salud esta en capacidad de operar en el registro de nacimientos y defunciones.



- ◇ **APLICACIÓN WEB** Para el registro y la actualización en línea de la información de nacimientos y defunciones, se contempla el uso de la plataforma de Internet, para la cual se ha construido una aplicación Web, que podrá ser utilizada en los sitios donde se disponga del servicio de Internet.



- ◇ **APLICACIÓN LOCAL** Como recurso alternativo a la captura en línea se ha puesto a disposición de los usuarios finales una aplicación local que opera sobre computadores convencionales y permite el registro y actualización de la información en los sitios donde el acceso a Internet no es constante.



- ◇ **DMC Dispositivo móvil de captura**, Se dispone de una aplicación para estos dispositivos en los sitios que por contingencia no se pueda utilizar las dos anteriores plataformas.



**Ministerio de la Protección Social**  
**República de Colombia**



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
PROYECTO RUAF  
Modulo de Nacimientos y Defunciones



Código Ficha

### FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

#### INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION

La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyectar y el país.

#### PLATAFORMA DE OPERACIÓN DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN LA INSTITUCION

Seleccione el o los mecanismos tecnológicos que considera su institución estarían en capacidad de operar el registro de nacimientos y defunciones.

WEB \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_ DMC \_\_\_\_\_ PAPEL \_\_\_\_\_

Diligenció: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos

Cargo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



**PAPEL** Esta opción es utilizada en caso de contingencia, en entidades que no disponen de una infraestructura mínima requerida para su óptima operación, el formulario físico se continúa utilizando durante la fase I del proceso de implantación en las instituciones de salud designadas para tal caso.

### CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

República de Colombia Ministerio de la Protección Social		República de Colombia CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		DANE
<p>Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 29 de 1993, Artículo 5°.</p> <p>1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</p> <p>(Consulte instrucciones al respaldo)</p>				
<b>I. DATOS DEL NACIMIENTO</b>				
2. LUGAR DEL NACIMIENTO Departamento _____ Municipio _____		4. SITIO DEL PARTO <input type="checkbox"/> 1. Institución de salud <input type="checkbox"/> 2. El domicilio <input type="checkbox"/> 3. Otro sitio, ¿cuál? _____		
3. ÁREA DEL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso Inspección, corregimiento o caserío		6. SEXO DEL NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		7. PESO DEL NACIDO VIVO, AL NACER Gramos _____
5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD Nombre _____ Código _____		10. HORA DEL NACIMIENTO Hora _____ Minutos _____ <input type="checkbox"/> Sin establecer		
8. TALLA DEL NACIDO VIVO, AL NACER Centímetros _____		9. FECHA DEL NACIMIENTO Año _____ Mes _____ Día _____		11. EL PARTO FUE ATENDIDO POR: <input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Partera <input type="checkbox"/> 6. Otra persona, ¿cuál? _____
14. TIPO DE PARTO DE ESTE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/> 3. Instrumentado <input type="checkbox"/> 4. Ignorado		12. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> Semanas completas <input type="checkbox"/> Ignorado		13. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE TUVO LA MADRE DEL NACIDO VIVO Consultas _____
16. APGAR DEL NACIDO VIVO Al minuto (1-10) _____ A los cinco minutos (1-10) _____		15. MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Doble <input type="checkbox"/> 3. Triple <input type="checkbox"/> 4. Cuádruple o más		
17. HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo _____ Factor Rh _____				
18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO: <input type="checkbox"/> 1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ <input type="checkbox"/> 2. Rom (gitano) <input type="checkbox"/> 3. Raíz del Archipiélago de San Andrés y Providencia <input type="checkbox"/> 4. Palenquero de San Basilio <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> 6. Ninguno de los anteriores				
<b>II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO</b>				
DATOS DE LA MADRE DEL NACIDO VIVO EN EL MOMENTO DEL PARTO				
19. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____				
20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE <input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 9. Sin información		21. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____		22. EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DEL PARTO Años cumplidos _____
23. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE <input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva diez o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de diez años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada, divorciada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 6. Está casada <input type="checkbox"/> 9. Sin información		24. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE <input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información Último año o grado aprobado _____		
25. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE País _____ Departamento _____ Municipio _____				
26. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal Barrio _____ Dirección _____ Localidad o comuna _____ <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado Inspección, corregimiento o caserío _____ <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso Vereda _____				
27. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HAYEN EN LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE Hijos _____		28. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO Año _____ Mes _____ Día _____		29. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE Embarazos _____
30. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE <input type="checkbox"/> 1. Contributivo <input type="checkbox"/> 2. Subsidiado <input type="checkbox"/> 3. Excepción <input type="checkbox"/> 4. Especial <input type="checkbox"/> 5. No asegurado		31. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECE LA MADRE Tipo de administradora <input type="checkbox"/> 1. Entidad Promotora de Salud <input type="checkbox"/> 2. Entidad Promotora de Salud Subsidiado <input type="checkbox"/> 3. Entidad Adaptada de Salud <input type="checkbox"/> 4. Entidad Especial de Salud <input type="checkbox"/> 5. Entidad Exceptuada de Salud Nombre de la administradora _____		
DATOS DEL PADRE DEL NACIDO VIVO				
32. EDAD DEL PADRE A LA FECHA DEL NACIMIENTO DE ESTE HIJO Años cumplidos _____		33. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL PADRE <input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información Último año o grado aprobado _____		
<b>III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>				
34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____				
35. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> 1. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 3. Pasaporte		36. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____		37. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Funcionario de registro civil
38. REGISTRO PROFESIONAL _____		39. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Departamento _____ Año _____ Mes _____ Día _____ Municipio _____		
40. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO _____				



**Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia**



**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

República de Colombia  
**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

Ministerio de la Protección Social  
DANE

CONFIDENCIAL  
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 70 de 1993, artículo 5°.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

(Consulte instrucciones anexas)

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
 1. Cabecera municipal  2. Centro poblado  3. Cascajalito  4. Rural disperso

4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
 1. Hospital/clínica  2. Centro/puesto de salud  3. Casadoméstico  4. Lugar de trabajo  5. Via pública  6. Otro sitio ¿cuál? \_\_\_\_\_  8. Sin información

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
Código: \_\_\_\_\_

6. TIPO DE DEFUNCION  
 1. Fetal  2. No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION  
Hora: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_  Sin establecer  1. Masculino  2. Femenino  3. Indeterminado  Si la muerte es fetal, pase a la pregunta 19

9. SEXO DEL FALLECIDO

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO  
 1. Registro civil  2. Tarjeta de identidad  3. Cédula de ciudadanía  4. Cédula de extranjería  5. Pasaporte  6. Sin información

12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Número: \_\_\_\_\_

13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO  
Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO  
 1. No estaba casado/a y llevaba más de dos años viviendo con su pareja  2. No estaba casado/a y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja  3. Estaba separado/a, divorciado/a  4. Estaba viudo/a  5. Estaba soltero/a  6. Sin información

15. EDAD DEL FALLECIDO  
 0. Menor de una hora (en minutos) (01-59)  1. Menor de un día (en horas) (01-23)  2. Menor de un mes (en días) (01-29)  3. Menor de un año (en meses) (01-11)  4. De un año o más (en años cumplidos) (01-11)

16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO  
 1. Preescolar  2. Básica primaria  3. Básica secundaria  4. Media académica o técnica  5. Media técnica  6. Normalista  7. Técnica profesional  8. Tecnológica  9. Profesional  10. Especialización  11. Maestría  12. Doctorado  13. Ninguno  14. Sin información

17. LA OCUPACION PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCION  
 1. Sí  2. No  
¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido? \_\_\_\_\_

18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:  
 1. Indígena  2. Rom (gitano)  3. Raíz del Antipaisaje de Barro Negro y Proveniencia  4. Palenquero de San Basilio  5. Negro(a), mulato(a), afroantioqueño(a) o afrocolombiano(a)  6. Ninguno de los anteriores

19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

20. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
 1. Cabecera municipal  2. Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)  3. Rural disperso Vereda: \_\_\_\_\_

21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)  
 1. Contributivo  2. Subsidado  3. Excepción  4. Especial  5. No asegurado

22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, LA ENTIDAD ADMINISTRADORA A LA QUE PERTENECE LA MADRE)  
Tipo de administración:  1. Entidad Promotora de Salud - Subsidada  2. Entidad Promotora de Salud - Subsidada  3. Entidad Adaptada de Salud  4. Entidad Especial de Salud  5. Entidad Excepcional de Salud

23. PROBABLE MANERA DE MUERTE  
 1. Natural  2. Violenta  3. Médico legista  4. Pícnico de salud autorizado  5. Funcionario de Registro Civil

24. CERTIFICADO DE DEFUNCION EXPEDIDO POR:  
 1. Médico legista  2. Médico no legista  3. Médico legista  4. Pícnico de salud autorizado  5. Funcionario de Registro Civil

**II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO**

25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACION AL PARTO  
 1. Antes  2. Durante  3. Después  4. Ignorado

26. TIPO DE PARTO-EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO  
 1. Espontáneo  2. Cesárea  3. Instrumentado  4. Ignorado

27. MULTIPLICIDAD - EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ CON EMBARAZO  
 1. Simple  2. Doble  3. Triple  4. Cuádruple o más  5. Ignorado

28. TIEMPO DE GESTACION DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO  
 Semanas completas  Ignorado

29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO  
\_\_\_\_\_ gramos

**II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)**

**DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO**

30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DE LA MADRE  
 1. Registro civil  2. Tarjeta de identidad  3. Cédula de ciudadanía  4. Cédula de extranjería  5. Pasaporte  6. Sin información

32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Número: \_\_\_\_\_

33. EDAD DE LA MADRE  
 Años cumplidos

34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE)  
 1. Nacidos vivos  2. Nacidos muertos

35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE  
 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja  2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja  3. Está separada/divorciada  4. Está viuda  5. Está soltera  6. Está casada  7. Sin información

36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE  
 1. Preescolar  2. Básica primaria  3. Básica secundaria  4. Media académica o técnica  5. Media técnica  6. Normalista  7. Técnica profesional  8. Tecnológica  9. Profesional  10. Especialización  11. Maestría  12. Doctorado  13. Ninguno  14. Sin información

Último año o grado aprobado: \_\_\_\_\_

**III. DEFUNCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)**

37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?  
 1. Sí (Pase a 48)  2. No  3. Sin información

38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?  
 1. Sí (Pase a 48)  2. No  3. Sin información

39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?  
 1. Sí (Pase a 48)  2. No  3. Sin información

**IV. MUERTES VIOLENTAS**

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE  
 1. Suicidio  2. Homicidio  3. Accidente de tránsito  4. Otro accidente  5. En estudio

41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. y especificar si el fallecido era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado (la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores); \_\_\_\_\_

42. LUGAR O DIRECCION DE OCURRENCIA DEL HECHO  
Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Dirección de ocurrencia del hecho: \_\_\_\_\_

**V. CAUSAS DE DEFUNCION PARA TODOS LOS CASOS**

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?  
 1. Necropsia  2. Historia clínica  3. Pruebas de laboratorio  4. Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿RECIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE?  
 1. Sí  2. No  3. Ignorado

45. CAUSAS DE LA DEFUNCION (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)  
(Consigne una causa por línea):  
a) CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. Debido a: \_\_\_\_\_  
b) CAUSAS ANTECEDENTES: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte indirectamente. Debido a: \_\_\_\_\_  
c) CAUSA PROBABLE DE MUERTE: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte indirectamente. Debido a: \_\_\_\_\_  
d) \_\_\_\_\_

46. MUERTE SIN CERTIFICACION MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERIA, PROMOTOR(A) DE SALUD))  
CAUSA PROBABLE DE MUERTE: \_\_\_\_\_

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION  
 1. Cédula de ciudadanía  2. Cédula de extranjería  3. Pasaporte

49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)  
Número: \_\_\_\_\_

50. PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION  
 1. Médico  2. Enfermero(a)  3. Auxiliar de enfermería  4. Promotor(a) de salud  5. Funcionario de registro civil

51. REGISTRO PROFESIONAL  
 1. Médico  2. Enfermero(a)  3. Auxiliar de enfermería  4. Promotor(a) de salud  5. Funcionario de registro civil

52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO  
Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION  
\_\_\_\_\_



**Ministerio de la Protección Social**  
**República de Colombia**



**Parte VIII:** Espacio reservado para el diligenciamiento por parte del grupo coordinador de implantación. Aquí se evalúa toda la información de la ficha institucional, se entrega un concepto y un puntaje final, como parte del diagnóstico para definir si la IPS entra dentro del proceso de implantación del aplicativo para la captura de la información, de los certificados de nacido vivo y defunción. Debe ser diligenciado exclusivamente por parte del grupo de implantación.

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PROYECTO RUAF Modulo de Nacimientos y Defunciones</p>	
		Código Ficha
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
<b>INFORMACION BASICA DE LA INSTITUCION</b>		
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyecto y el país.		
Espacio Reservado para el diligenciamiento por parte del Grupo Coordinador de Implantación		
Nombre persona quién evalúa:	_____	
Fecha de la Evaluación:	_____	AAAA / MM / DD
Puntaje Final	_____	Concepto Final _____
Observaciones	_____	



## Características de los Equipos de Cómputo

En esta parte se relaciona los equipos y las condiciones tecnológicas que presenta la IPS, con el fin de evaluar el entorno frente al proceso de implantación del aplicativo de los módulos de captura de los certificados de nacido vivo y defunción, del proyecto RUAF del Ministerio de la Protección Social.

### Contenido

**Parte I:** Datos generales de la institución, correspondiente al diligenciamiento de:

- Fecha en que se diligencia el formato .
- Departamento, Municipio donde se encuentra ubicada la institución de salud. – estos dos campos ya están prediligenciados, se tomaron de la página 1 de la ficha de evaluación institucional.
- Nombre y código de la sede. Estos dos campos ya están prediligenciados, se tomaron de la página 1 de la ficha de evaluación institucional.
- El código de la ficha de evaluación institucional, es diligenciado exclusivamente por parte del grupo de implantación.

Aquí se incluye varias recomendaciones que ayudan a complementar el diligenciamiento de la ficha de evaluación institucional, por ejemplo.

Favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Diligenciar la totalidad de los datos solicitados.
2. Cuando este diligenciando las características por PC, colocar Si o No.
3. Para operar el módulo de nacimientos y defunciones en su Institución tenga en cuenta que debe habilitar el Puerto de Comunicaciones 8074.



	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PROYECTO RUAF Módulo de Nacimientos y Defunciones		
	Código Ficha	RUAF - NO	
<b>FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>			
<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO</b>			
La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyecto y el país.			
<b>DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN</b>			
Fecha de diligenciamiento	<input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	MM <input type="text"/> DD <input type="text"/>
Departamento	<u>CJNDINAMARCA</u>		
Municipio	<u>25269 FACATATIVA</u>		
Nombre de la Institución	<u>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA</u>		
Código de la Sede	<input type="text" value="25269"/>	<input type="text" value="0004801"/>	
			<p style="text-align: center;"><b>Favor tener en cuenta lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diligenciar la totalidad de los datos solicitados.</li> <li>2. Cuando este diligenciando las características por PC, colocar Si o No.</li> <li>3. Para operar el módulo de nacimientos y defunciones en su Institución tenga en cuenta que debe habilitar el Puerto de Comunicaciones 8074.</li> </ol>



**Parte II:** Características de los equipos de cómputo, una vez seleccionada la plataforma que la entidad de salud estaría en capacidad de trabajar, se detallan y describen las principales características de los equipos de cómputo disponibles para tal efecto, como por ejemplo:

- Nombre del servicio y localización del punto o puntos generadores de certificados de nacido vivo y defunciones.
- Especificaciones técnicas de los equipos a utilizar o que se están utilizando en los puntos anteriormente descritos.
- Verificar si la institución de salud, cuenta con servicio de Internet.
- Es importante tener en cuenta que la institución de salud por intermedio del delegado de sistemas, habilite el puerto de comunicaciones 8074, con el fin de acceder el aplicativo de captura electrónica de la información de los certificados de nacido vivo y defunción vía Web.
- Observaciones generales, aspectos adicionales que la IPS cree que se deben tener en cuenta para mejorar y/o complementar el diligenciamiento del presente formato.
- Consignar en este espacio el nombre, cargo y teléfono del responsable del diligenciamiento del presente formato, que pueda suministrar información adicional en relación con el proyecto en el momento que el coordinador de implantación la solicite.



**FICHA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE COMPUTO**

La respuesta a las preguntas de este documento son fundamentales para proyecto y el país.

SERVICIO / PUNTO GENERADOR	CARACTERÍSTICAS	Procesador ( de 2.0 GHz o Superior )				Memoria RAM 256 MB o Superior	Sistemas Operativos			Internet Externa 6.0 o Superior	* Canal Internet Banda Ancha de 512 Kb o Superior. En caso de ser menor especificar el valor de la velocidad	* Conexión Internet: No ( N ) Parcial ( P ) Total ( T )	* Impresora Laser	* Impresora Inyección de Tinta
		Pentium IV	Celeron	AMD	OTROS		Win 2000 Prof	Win XP	Windows 2003 Server o Superior					
NOMBRE DEL SERVICIO														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
NOMBRE DEL SERVICIO														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
NOMBRE DEL SERVICIO														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														
¿ Punto Generador														

¿ La Institución cuenta con Servicio de Internet ?    Si     No   
 ¿ El Puerto de Comunicaciones 8074, esta Habilitado ?    Si     No

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diligencié: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellidos

Cargo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grupo	Estado	Aprobó	Fecha Revisión
RUAF-NO-FEI-00-002001	En Uso Actual	LIDIA CARDONA	06/01/2001