

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**VICEMINISTERIO DE SALUD  
VICEMINISTERIO TECNICO  
DIRECCION GENERAL DE PLANEACIÓN Y ANALISIS DE POLITICA**

**Grupo de Sistemas de Información**

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL REGISTRO DE LOS DATOS DEL REGISTRO  
INDIVIDUAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD È RIPS**

**VALIDADOR EAPB**

**Bogotá. D.C. Octubre de 2009**

## **INTRODUCCION**

En el año 2000 se expidió la norma que estableció el Sistema de Información de las Prestaciones de Salud, cuya base es el registro individual (RIPS), con el propósito de facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y de soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 o en transición a éstos.

La información de los registros individuales de prestación de servicios de salud, (RIPS), con todas sus estructuras se constituye en un subsistema de información prioritario para la evaluación y monitoreo del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada uno de sus planes, programas y estrategias, frente a las metas fijadas a corto y mediano plazo, y de las acciones clínicas de los prestadores.

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

También se requiere que el análisis de la información que se realice hoy supere la visión de la agregación estadística de eventos y atenciones por edad y sexo y la ordenación de los diagnósticos más frecuentes encontrados en la atención hospitalaria, ambulatoria o de urgencias de las instituciones prestadoras y orientarse a la construcción de visiones más integrales y completas sobre la dinámica general y específica de la demanda de la población y la respuesta del Sistema, la caracterización de la demanda en el entendido que está determinada por las condiciones de vida y las oportunidades que el propio Sistema le ofrezca. Para ello se requiere del desarrollo de referentes conceptuales de

los escenarios posibles de explicación del funcionamiento del Sistema de Salud y Seguridad Social, en sus componentes de demanda de la población, respuesta institucional, comportamiento de las patologías y su respuesta al manejo que hacen los servicios de salud, cambios en el perfil de salud, entre otros, así como del procesamiento multidimensional de los datos en análisis prospectivos y estratégicos.

Aceptar el RIPS como único soporte de la factura (según lo establecido en la norma que regula el Sistema de Información de Prestaciones de Salud, Resolución N° 3374 del año 2000) depende del grado de conocimiento y comprensión de los análisis que el pagador puede hacer sobre los datos y sus relaciones, y la aceptación de que estos le permiten de manera automática y total, la revisión minuciosa de la prestación del servicio y la confirmación de la certeza de la información.

A su vez el prestador entenderá la ventaja de soportar sus facturas sólo con el registro en medio magnético, cuando aprenda a: registrar correctamente la atención, a ingresar correctamente los datos en el sistema automatizado, a garantizar que todas las atenciones prestadas y registradas en la historia clínica hayan sido cargadas al sistema; a facturar las atenciones y los servicios según los precios (tarifas) que hayan sido convenidos y a generar la facturación en forma eficiente y consistente.

Así mismo el esfuerzo de prestadores y pagadores por garantizar el registro y la calidad de los datos debe verse compensado con el uso que el Ministerio de la Protección Social haga de los mismos y la difusión de los resultados, con las restricciones de confiabilidad que dicha calidad genere.

Por las razones expuestas se requiere llevar a cabo un proyecto dirigido a superar los problemas surgidos en los procesos de generación de los datos, su transferencia con calidad y oportunidad, el reconocimiento por parte de las EAPB de su capacidad como soporte de las atenciones efectivamente prestadas y la riqueza de información que es posible obtener, si su procesamiento es adecuado y avanzado.

## **EL REGISTRO DE LOS DATOS**

Este proceso es el más importante del Sistema de Información de las Prestaciones de Salud. De su calidad, oportunidad y completitud depende la confiabilidad que se produzca y disponga para soportar las decisiones del Ministerio como ente regulador, y las de las EPS para su gestión del riesgo y las de IPS para su gestión y sostenibilidad.

El RIPS provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS). Igualmente el objetivo del Registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.

Lo anterior quiere decir que estos datos básicos, son básicos y mínimos para los procesos de control del Ministerio como ente regulador del Sistema, y para que los pagadores puedan tener los elementos de juicio necesarios, pero el prestador generará todos los que sus requerimientos propios le exijan.

Por lo anterior el Plan de Acción formulado para el mejoramiento de la calidad, oportunidad y control de cobertura de los datos, centrará gran parte del esfuerzo de la primera fase en la gestión de DATOS, y en la segunda fase el fortalecimiento será a nivel de la retroalimentación con información específica y de buena calidad.

# **COMO REGISTRAR LOS DATOS CON CALIDAD**

Si los registras con cuidado y siguiendo estas reglas . Muy buenos te quedarán

## 1. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES

La estructura vigente de datos del RIPS es la establecida en el Anexo técnico de la Resolución N° 3374 del 2000, excepto para los ajustes introducidos en la tabla de valores de %Tipo de usuario+para dar cabida a la identificación de población en condición de desplazamiento, la longitud del campo %Código de la IPS+a 12 caracteres para permitir el reporte de datos por sucursal.

El Decreto 4747 de 2007 ratifica la obligatoriedad del envío de los datos RIPS y recalca la función del Ministerio en cuanto a la revisión, ajuste y actualización del anexo técnico, así:

**Decreto 4747 de 2007:** 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.

### **Contenido de los archivos planos:**

Los RIPS se presentan en 9 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).

## IDENTIFICACION DE ARCHIVOS

La presentación de los datos en el medio magnético (CD) debe cumplir con las siguientes especificaciones:

### 1. Identificación externa del medio magnético - CD

Externamente, el CD, deberá tener una identificación con el siguiente contenido:

DATO	DESCRIPCIÓN
Código de la entidad que envía los datos.	Código asignado a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, según sea el caso.
Nombre de la entidad que envía los datos.	Nombre asignado a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, según sea el caso
Fecha de la remisión de los datos	Fecha de la remisión
Número del volumen enviado	Colocar el número del volumen (CD) de tantos volúmenes que contienen los datos que se están reportando (Ej: 1/3, 2/3, 3/3)
Nombre del responsable del envío	Nombre completo y legible
Teléfono del responsable del envío	Indicativo y número telefónico
RIPS Año 2009	

### 2. Estándar del archivo plano

Solo se aceptan los archivos planos de datos que cumplan el estándar TXT.

## 2.1 Características de los archivos planos

- **Nombres de los archivos**

Los archivos de datos deberán identificarse con el Tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres), es decir que el nombre queda un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo, que debe ser txt.

### Los tipos de archivos son los siguientes:

**US** = Archivo de usuarios de los servicios de salud

**AC** = Archivo de consulta

**AP** = Archivo de procedimientos

**AH** = Archivo de hospitalización

**AU** = Archivo de urgencias

**AN** = Archivo de recién nacidos

**AM** = Archivo de medicamentos

El archivo plano debe contener:

- **Archivo de control:**

Corresponde al archivo del registro de control de los archivos enviados en el o los medios magnéticos. Este es el primer archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan los archivos.

- **Archivos de registro de datos**

Son los archivos que contienen los datos de los usuarios, de las consultas, de los procedimientos, de hospitalización, de las urgencias con observación, recién nacidos y de medicamentos.

Estos archivos de datos deben cumplir con las siguientes especificaciones:

- ✓ Los campos de las variables del archivo deben estar separados por comas.  
La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco) igual se debe incluir el campo separado por comas (,).

- ✓ Los campos tipo texto no deben tener ningún tipo de separador, solo se acepta el espacio en blanco.
- ✓ Los campos numéricos que incluyan decimales, deben utilizar como separadores de decimales el punto (.). Los valores deben venir sin separación de miles.
- ✓ Los campos del dato fecha deben tener el formato Día/Mes/Año (dd/mm/aaaa), incluido el carácter (/).
- ✓ Ningún dato debe venir encerrado entre comillas (%%), ni ningún otro carácter especial.
- ✓ Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora: minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistemas de veinticuatro (24) horas.
- ✓ El número total de registros por cada volumen, no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- ✓ Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- ✓ No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.

## 2.2 Calidad de los datos:

En cumplimiento de la Resolución N°3374 de 2000, en su **ARTÍCULO DÉCIMO.- Procesos informáticos en las entidades administradoras de planes de beneficios:** Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud; la entrega oportuna al Ministerio de Salud y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados, de manera individualizada+, **la EPS debe verificar en la recepción de los datos a sus prestadores, que el registro cumpla con todos los criterios de validación** (estándares que ha definido el Ministerio de la Protección Social con la participación de EPS e IPS, entes territoriales, asociaciones y gremios), para lo cual debe utilizar el %validador+que se está disponiendo, como único instrumento de validación.

## 2.3 Cobertura de los datos reportados

Para poder garantizar confiabilidad y representatividad de los datos reportados y de los cuales se generará información sobre el comportamiento de la demanda, oferta, perfil epidemiológico, cobertura de acciones de P y P y otra, se requiere que la EPS adicione al archivo plano de RIPS, una información sobre las IPS que le prestaron servicios en ese período y el porcentaje que representan sus datos en el volumen total de registros. Así:

IPS QUE PRESTARON SERVICIOS EN EL PERÍODO	TIPO DE CONTRATACIÓN*	PORCENTAJE DE SUS REGISTROS RESPECTO DEL TOTAL. (ESTIMADO SI NO LO PUEDEN GENERAR DE SU BD)

\*Las modalidades solo las deben categorizar así: 1: cualquier modalidad de cápita, 2: cualquier modalidad de paquete o grupo, y 3: evento

## ARCHIVO DE CONTROL: CT

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
Código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios.	Valor único	<i>Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud.</i>	<i>Valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB.</i>
Fecha de remisión	Valor único	<i>Fecha de envío de los datos, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa</i>	<i>Valida formato fecha. Que no sea mayor a la actual</i>
Código del archivo	Valor único	<i>Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío.</i>	<i>Validar que las dos primeras letras correspondan a los nombres definidos para los archivos Que los nombres no se encuentren repetidos.</i>
Total de registros	Valor único	<i>El número de registros que contiene el respectivo archivo, en número entero.</i>	<i>Que sea numérico y entero</i>

El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos.

## ARCHIVO DE USUARIOS

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.

### Decreto N° 4747 de 2007

Artículo 11. **Verificación de derechos de los usuarios.** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

## Estructura de los datos de identificación

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código entidad administradora	Valor único	<i>Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud..</i>	<i>Valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB.</i>
Tipo de identificación del usuario.	<p><b>Valores</b>            CC = Cédula ciudadanía            CE = Cédula de extranjería            PA = Pasaporte            RC = Registro civil            TI = Tarjeta de identidad            AS = Adulto sin identificación            MS = Menor sin identificación</p>	<p>Para los adultos, mayores de 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la <b>cédula de ciudadanía</b>.            Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con el pasaporte, y para los residentes o con permiso de permanencia, es decir, no turistas, se deben identificar con la <b>cédula de extranjería</b>.</p> <p>Los niños entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad.</p> <p>Para niños menores de 7 años, el tipo documento será el registro civil.</p> <p><b>MS:</b> Solo se debe utilizar para el Recién Nacido vivo sin identificar (hasta los 30 días de nacido), y se registra:</p> <p>Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1).</p> <p>Si ya está registrado el documento será el RC:</p> <p>Según el anexo técnico de la Resolución N° 812 de 2007, se entiende como recién nacido SIN IDENTIFICAR al menor nacido vivo con una edad menor o igual a treinta (30) días.</p> <p>Según el mismo anexo, el tipo de documento MS lo puede utilizar el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado, el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, PA, RC, TI, AS, MS</i></li> <li>• <i>Si el tipo de documento es TI o CC el campo debe ser numérico.</i></li> <li>• <i>El tipo de documento AS solo aplica para régimen subsidiado.</i></li> <li>• <i>Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Si valor de la edad es 3: el tipo de documento debe ser: RC o MS.</i></li> <li>- <i>Si Edad &gt; 17 años, no puede ser RC, TI, MS,</i></li> <li>- <i>Si la unidad de medida de la edad es 2 o 3 el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS</i></li> <li>- <i>Si la unidad medida de la Edad es 3 el tipo de documento tiene que ser RC</i></li> <li>- <i>Si tipo documento es MS la edad debe estar entre 1 a 30 días.</i></li> <li>- <i>Si tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.</i></li> </ul> </li> </ul>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>Régimen de Excepción, Medicina Pre pagada, Seguros de Salud y Planes Complementarios de Salud, para el afiliado menor de edad recién nacido vivo SIN IDENTIFICAR con edad menor o igual a 30 días, mientras se registra ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.</p> <p>Si no tiene el documento (después de haber verificado que en realidad no ha sido registrado) el tipo será: MS</p> <p>El personal de la IPS debe insistir en la exigencia del registro civil a todos los niños.</p> <p>MS y AS en poblaciones especiales, el registro se debe ceñir al lo contenido en el siguiente cuadro del anexo técnico de la Resolución 812/2007</p>	
Número de identificación	Un único valor	<p>El personal de admisión de pacientes de la IPS debe tener en cuenta la siguiente tabla de longitudes máximas según el tipo de documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CC = 10 posiciones</li> <li>- CE = 6 posiciones</li> <li>- PA = 16 posiciones</li> <li>- RC = 11 posiciones</li> <li>- TI = 11 posiciones</li> <li>- AS = 10 posiciones</li> <li>- MS = 12 posiciones</li> </ul>	<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 30 días y el tipo de documento es MS, se valida que la longitud del número sea de máximo 11 caracteres que debe corresponder a la cédula de la mamá o el cabeza de familia mas el dígito de orden.</li> </ul>
Tipo de usuario	<p>Los valores de este dato quedan así:</p> <p>1: Contributivo</p> <p>2: Subsidiado</p> <p>3: Vinculado</p> <p>4: Particular</p> <p>5: Otro</p> <p>6: Desplazado con afiliación al Régimen Contributivo</p> <p>7: Desplazado con afiliación al régimen subsidiado</p> <p>8: Desplazado no asegurado (vinculado)</p>	<p>Esta tabla de valores ha sido ajustada para poder identificar la población desplazada, con y sin subsidios, y poder tener control sobre la obligatoriedad de atenderlos prioritariamente por el ente que corresponda (SLS con cargo a recursos de oferta y las ARS con cargo a la UPC del subsidio, o con recursos de destinación específica que se entrega a los hospitales mediante convenio con el Ministerio).</p> <p>La condición de desplazado se acredita, inicialmente, con la carta que expide Acción Social 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>Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 8</p>

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
	Otro: corresponde a usuarios de los Regímenes Especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPETROL, Congreso de la República) o a Entidades Obligadas a Compensar (EOC).		
Tipo de Afiliado	1 = Cotizante 2 = Beneficiario 3 = Adicional	Identificador para determinar la condición del usuario en el Sistema. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo. Para los demás tipos de usuario dejar en blanco.	<i>Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 3</i>
Código de ocupación		Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo y subsidiado	<i>Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla</i>
Edad	Un único valor.	Este dato se refiere a la edad del usuario en valores enteros, en el momento de la atención	<i>Se valida que esté dentro de los siguientes rangos: Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120 Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11 Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29</i>
Unidad de medida de la edad	1 = Años 2 = Meses 3 = Días	Se registra marcando la opción que corresponda a: años, meses o días.	<i>Se valida que el valor seleccionado en el campo anterior esté dentro de los valores permitidos.</i>
Sexo	M = Masculino F = Femenino	Se registra marcando la opción que corresponda	<i>Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.</i>
Código del departamento de residencia habitual	Un único valor	Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva 6 ó mas meses viviendo de manera permanente. Se registra el código correspondiente al departamento en la tabla DIVIPOLA.	<i>Se valida que esté dentro del rango de valores permitido (tabla de referencia DIVIPOLA).</i>
Código del municipio de residencia habitual	Un único valor	Igual consideración que para el departamento.	<i>Se valida que esté dentro del rango de valores permitido (tabla de referencia DIVIPOLA)..</i>
Zona de residencia habitual	U = Urbana R = Rural	Debe registrarse si la persona reside en zona rural o urbana.	<i>Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.</i>

**\*Tabla para la identificación de población especial sin documento de identidad de la Registraduría General de la Nación, según el Anexo Técnico de la Resolución N° 812 de 2007**

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>S</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 <b>S</b> 8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>I</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 <b>I</b> 8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + <b>D</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 <b>D</b> 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + <b>A</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 <b>A</b> 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + <b>I</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014 <b>I</b> 8125. <b>NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DÍAS DE NACIDOS. SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIADO.</b>
Población indigente menor de edad que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + <b>D</b> + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001 <b>D</b> 0008

## DATOS DE LAS ATENCIONES

### 1. ARCHIVO DE CONSULTA: AC

#### Estructura de los datos de la consulta

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código entidad administradora	Valor único	<i>Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud..</i>	<i>Valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador.	Igual regla de registro que en archivo de transacción	<i>Igual validación que en el archivo de transacción.</i>
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.	<i>Se valida que el número de factura esté contenida en el archivo de transacciones.</i>  <i>Que cumpla las reglas de registro de la factura: un solo número para contratos de capitación.</i>
Tipo de identificación		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>
Número de identificación		Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que en el archivo de usuarios.</i>
Fecha de la consulta		Se registra la fecha en que fue realizada la consulta.  Esto implica que el Hospital registre diariamente en el Sistema las consultas realizadas, pues si el software coloca como fecha de realización la del día en que se ingresa el dato, no permite registros con fecha anterior o posterior, quedando entonces la fecha de la consulta el día en que ingresa el dato y la verdadera en que se realizó la atención.	<i>Se valida que se use el formato estándar de fecha.</i> <i>Verifica que la fecha de la consulta no supere la actual.</i>
Código de la consulta	Un único valor posible de esa variable: el código	Este dato corresponde al código de la consulta, según disciplina (medicina, odontología, enfermería, nutrición, sicología, optometría, etc).	<i>Que exista en la tabla de procedimientos en salud: CUPS</i>

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>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></p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los códigos de consulta electiva de primera vez son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de Medicina General electiva: <b>89.02.01</b></li> <li>- Consulta de Medicina Especializada electiva: <b>89.02.02</b></li> </ul> </li> <li>• 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</li> </ul>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p>códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de Medicina General de control: <b>89.03.01</b></li> <li>- Consulta de Medicina Especializada de control: <b>89.03.02</b></li> </ul> <p><b>Consulta Médica de urgencias:</b></p> <p>La que se presta en los servicios de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de urgencia por medicina general: <b>89.07.01</b></li> <li>- Consulta de urgencia por medicina especializada <b>89.07.02</b></li> </ul> <p><b>Consulta Médica domiciliaria o al sitio de trabajo</b></p> <p>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 ocupacionales, o de tamizaje por parte de la EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta por medicina general: <b>89.01.01</b></li> <li>- Consulta por medicina especializada: <b>89.01.02</b></li> </ul> <p><b>Consulta odontológica electiva:</b></p> <p>Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al odontólogo 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 urgencias, se considera que es una consulta electiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta odontológica general de primera vez: <b>89.02.03</b></li> <li>- Consulta odontológica especializada de primera vez: <b>89.02.04</b></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>- Consulta odontológica especializada de control: <b>89.03.04</b></li> </ul>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta odontológica general de control: <b>89.03.03</b></li> </ul> <p><b>Consulta odontológica de urgencias:</b></p> <p>El usuario solicita atención en un servicio de urgencias, o en la consulta ambulatoria que destina franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo mas frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata. Para estos casos los códigos a utilizarse son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>89.07.03:</b> Consulta de odontología general:</li> <li>- <b>89.07.04:</b> Consulta de odontología especializada:</li> </ul> <p><b>Consulta de enfermería: de P y P</b></p> <p>Las consultas que realizan los profesionales de Enfermería son de P y P, y los códigos que deben utilizarse son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de primera vez por enfermería: <b>890205</b></li> <li>- Consulta de control o seguimiento por enfermería: <b>890305</b></li> <li>- Atención (visita) domiciliaria por enfermería: <b>890105</b></li> </ul> <p><b>Consultas por otros profesionales:</b></p> <p>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><b>De primera vez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo Social: <b>890209</b></li> <li>- Foniatría y fonoaudiología: <b>890210</b></li> <li>- Fisioterapia: <b>890211</b></li> <li>- Terapia respiratoria : <b>890212</b></li> <li>- Terapia ocupacional: <b>89.02.13</b></li> <li>- Psicología: <b>890208</b></li> <li>- Optometría: <b>890207</b></li> <li>- Nutrición y dietética: <b>890206</b></li> </ul>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<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><b>Consulta de control:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>890309:</b> Trabajo Social:</li> <li>- <b>890310:</b> Foniatría y fonoaudiología</li> <li>- <b>890311:</b> Fisioterapia:</li> <li>- <b>890312:</b> Terapia respiratoria :</li> <li>- <b>890313:</b> Terapia ocupacional:</li> <li>- <b>890308:</b> Sicología:</li> <li>- <b>890307:</b> Optometría:</li> <li>- <b>890306:</b> Nutrición y dietética:</li> </ul> <p><b>Interconsultas</b></p> <p>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 opinión diagnóstica o terapéutica, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del usuario, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.</p> <p>Los códigos correspondientes a las interconsultas son:</p> <p><b>Del 89.04.02 al 89.04.13</b></p> <p><b>Junta médica</b></p> <p>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.</p> <p>Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta.</p> <p>Los códigos para la Junta Médica son:</p> <p><b>89.05.01:</b> Participación en Junta médica, por medicina general, cuando la Junta Médica sea de médicos generales:</p>	

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
		<p><b>89.05.02:</b> Participación en Junta médica por medicina especializada, cuando la Junta Médica sea de médicos especialistas</p> <p><b>89.05.03:</b> Participación en Junta médica por otro profesional de salud, cuando en la Junta Médica participen distintos profesionales.</p> <p><b>Consulta de Medicina alternativa</b></p> <p><b>890214:</b> De primera vez: <b>890314:</b> De control:</p> <p><b>Salud mental:</b></p> <p>La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son:</p> <p><b>89.02.02:</b> Consulta de primera vez por medicina especializada <b>89.02.08:</b> Consulta de primera vez por psicología</p> <p>Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con:</p> <p><b>89.03.02:</b> Consulta de control o seguimiento por medicina especializada: <b>89.03.08:</b> Consulta de control o seguimiento por psicología:</p> <p>Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos:</p> <p>Del 94.01.00 al 94.14.00 con finalidad diagnóstica, De la 94.26.00 a la 94.49.15 con finalidad terapéutica.</p> <p><i>Nota: Odontología: cuando el odontólogo realiza una consulta con fines de detección temprana de patología oral, ésta se considera de P y P, pero no se puede diferenciar a posteriori porque no existe una finalidad referida a ésta.</i></p>	
Finalidad de la	01 = Atención del parto	La consulta puede ser realizada al usuario con fines de resolución	1. Que la finalidad exista en la tabla de

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
consulta	(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	de problemas de salud (diagnósticos y terapéuticos) o de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (detección temprana o protección específica).  Los valores del <b>01 al 09</b> corresponden a una finalidad de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.  <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.	<i>finalidad.</i> 2. Referencia cruzada: si la finalidad está en el rango de 1 a 9, el diagnóstico principal debe ser un código %Z+ y el primer diagnóstico relacionado puede ser un código correspondiente a una patología o un signo o síntoma. 3. Si la finalidad es 10 el diagnóstico no puede tener con código %Z+
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 profesional 15 = Otra	Los valores del 1 al 12 se refieren algunas de las verdaderas causas externas que originaron la atención. 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 profesional 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 XX.	Se valida que la causa externa se encuentre en la tabla de valores permitidos.
Código del diagnóstico principal	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	La afección principal se define como la afección 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.  Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal (CIE 10 Vol 2)	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+ Validar referencia cruzada entre: datos de edad y sexo y los diagnósticos de la CIE 10, tabla de referencia con rangos

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
		* Consultar reglas de codificación dispuestas en los distintos medios	<i>permitidos para edad y sexo.</i>
Código del diagnóstico relacionado No. 1	Un único valor del diagnóstico: el código 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.	<i>Se verifica que exista en la tabla de CIE 10</i>
Código del diagnóstico relacionado No. 2	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	<i>Se verifica que exista en la tabla de CIE 10.</i>
Código del diagnóstico relacionado No. 3	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	<i>Se verifica que exista en la tabla de CIE 10.</i>
Tipo de diagnóstico principal	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	<i>Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el médico en el momento de la atención.</i>	<i>Se valida que el tipo de diagnóstico corresponda a los valores permitidos en la tabla de Tipo de Diagnóstico.</i>
Valor de la consulta	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	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).	<i>Se valida que el campo sea numérico.</i>
Valor de la cuota moderadora	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	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.	<i>Se valida que el campo sea numérico.</i>
Valor neto a pagar	Un único valor del dato: un número de máximo 15 caracteres.	Este dato corresponde al valor neto que el prestador cobrará al pagador, de acuerdo con los precios pactados. Se registra sólo cuando el pago se hace 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), la consulta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo %0+(cero).	<i>Se valida que el campo sea numérico.</i>

## 2. ARCHIVO DE PROCEDIMIENTOS: AP

Decreto 4747 de 2007: Artículo 19. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

### Estructura de los datos de identificación

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Código entidad administradora	Valor único	<i>Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud..</i>	<i>Valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB. Este código debe coincidir con el archivo de control.</i>
Número de la factura	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador de servicios de salud	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación del usuario en el Sistema	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Fecha del procedimiento	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de autorización	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del procedimiento	Un valor único	En este campo se registra el código del procedimiento, según corresponda en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud ( <b>CUPS</b> ) Colombia. El prestador debe codificar primariamente con <b>CUPS</b> , y cuando requiera facturar los eventos a tarifas SOAT hará la conversión a este codificador, para efectos de la transacción. Los registros individuales en el archivo plano irán codificados con <b>CUPS</b> .	<i>Verifica que el procedimiento exista en la tabla de procedimientos: CUPS</i>
Ámbito de realización del procedimiento	1 = Ambulatorio 2 = Hospitalario 3 = En 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. Si su atención es de consulta	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.</i>

		<p>externa los procedimientos que se le realicen durante ésta atención serán: ámbito 1: AMBULATORIO.</p> <p>Y si el paciente se encuentra hospitalizado, los procedimientos que se hagan en éste período serán de ámbito: 2: HOSPITALARIO</p> <p>Si el paciente está siendo atendido en el servicio de urgencias, ya sea en consulta o en observación, el ámbito del procedimiento que le realicen durante ésta atención es: 3: URGENCIAS.</p>	
Finalidad del procedimiento	<p>1 = Diagnóstico</p> <p>2 = Terapéutico</p> <p>3 = Protección específica</p> <p>4 = Detección temprana de Enfermedad general</p> <p>5 = Detección temprana de Enfermedad profesional</p>	<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 (inmunoprevenible) 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>	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.</i>
Personal que atiende	<p>1 = Médico (a) especialista</p> <p>2 = Médico (a) general</p> <p>3 = Enfermera (o)</p> <p>4 = Auxiliar de enfermería</p> <p>5 = Otro</p>	Solo debe registrarse para el procedimiento: %Atención del parto+	<i>Verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable, cuando el procedimiento es: atención del parto.</i>
Diagnóstico principal	Un único valor	Solo se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos.	<i>Verifica que el campo esté lleno cuando el procedimiento se encuentre en la tabla de</i>

		Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10	<i>CUPS marcada como Procedimiento quirúrgico.</i>
Diagnóstico relacionado	Un único valor	Se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos, y solo cuando en la cirugía se encuentra una condición adicional a la inicialmente identificada, según Reglas de Codificación.	<i>Que el diagnóstico esté en la tabla de referencia de los diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.</i>
Complicación	Un único valor	Se registra según reglas de codificación con CIE 10, cuando surja una complicación directamente relacionada con el procedimiento (el acto quirúrgico, la administración de la anestesia, la aplicación de sangre, líquidos, prótesis u otros).	<i>Que el diagnóstico esté en la tabla de referencia de los diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.</i>
Forma de realización del acto quirúrgico		La IPS lo registra cuando las atenciones son contratadas por evento y se convienen las reglas de liquidación según el número de procedimientos quirúrgicos realizados en una misma intervención.	<i>Valida que el valor esté en la tabla de valores permitidos.</i>
<i>Valor del procedimiento</i>		<i>Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por ese procedimiento, cuando éste 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).</i>	<i>Se valida que el campo sea numérico.</i>

### 3. ARCHIVO DE URGENCIA CON OBSERVACIÓN: AU

#### Estructura de los datos de la consulta

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.

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
N° de la factura	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación	Un valor único	Igual regla que para consulta	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Fecha de ingreso	Un valor único	Debe registrarse la fecha en que el usuario pasa a la unidad de observación, con el formato estándar de fecha. Formato = dd/mm/aaaa	<i>Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual</i>  <i>Debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias</i>
Hora de ingreso	Un valor único	Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a la unidad de observación, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	<i>Valida formato hora</i> <i>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</i>  <i>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida =&gt; Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida</i>
Número de autorización	Un valor único	Solo deben registrar este dato si lo necesitan para soportar el pago de la atención.	<i>No se valida</i>
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida	Del 1 al 12 son las causas externas que mas 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	<i>Valida que se encuentre en la tabla de causa externa.</i>

	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 profesional 15 = Otra	capítulo XX, letras V a la Y.	
Diagnóstico a la salida	Un valor único: código alfanumérico	Debe registrarse el diagnóstico que justificó la estadía en observación, sea éste un diagnóstico de una patología o uno sintomático. En éste campo no debe ir un Dx de causa externa.	<i>Se valida que el código esté en la tabla CIE 10</i>
Diagnóstico relacionado 1 a la salida	Un valor único: código alfanumérico	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.	<i>Igual validaciones que para Dx a la salida.</i>
Diagnóstico relacionado 2 a la salida	Un valor único: código alfanumérico	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.	<i>Igual validaciones que para Dx a la salida</i>
Diagnóstico relacionado 3 a la salida	Un valor único: código alfanumérico	Puede corresponder a: 1) un tercer diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa	<i>Igual validaciones que para Dx a la salida.</i>
Destino del usuario a la salida	1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización	Debe seleccionarse uno de los posibles valores de ésta variable.	<i>Si el destino es hospitalización, deberá aparecer un registro de hospitalización en la misma fecha o del día siguiente. Si Estado = 2 =&gt; el usuario no debe aparecer en AC de urgencias con fecha posterior Si Estado = 2 =&gt; el usuario no debe aparecer en AP con fecha posterior a la fecha de salida.</i>
Estado a la salida	1 = Vivo (a)	Señalar si el paciente sale vivo de la	<i>Que el valor esté en el rango permitido</i>

	2 = Muerto (a)	observación, o muerto. Si su condición a la salida es ésta última, el siguiente campo no puede ir en blanco.	
Causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico	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. Obligatorio si el estado a la salida es =2	<i>Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.</i>
Fecha de la salida	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. Si el paciente permanece más de 6 horas en urgencias y la EPS exige al hospital la hospitalización pero no hay camas disponibles, no se puede reportar como hospitalización.	<i>Valida formato fecha Valida que la fecha de la salida no sea mayor a la actual Valida que la fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.</i>
Hora de la salida	Un valor único: formato	<b>Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de urgencias</b> , con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	<i>Valida formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.  Si Fecha Ingreso = Fecha Salida =&gt; Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</i>

#### 4. ARCHIVO DE HOSPITALIZACIÓN: AH

##### Estructura de los datos de la consulta

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.

DATOS	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	VALIDACIONES
N° de la factura	Número de la factura	Se registra el número de la factura según las reglas establecidas para el archivo de transacción.	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Código del prestador	Código del prestador de servicios de salud.	Igual regla de registro que en archivo de transacción	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de documento de identificación	Tipo de identificación	Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Número de identificación	Número de identificación del usuario en el Sistema	Igual regla que en registro de usuarios	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Vía de ingreso a la institución	1 = Urgencias 2 = Consulta externa ó 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 ese hospital.  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 Vía = 1 => El usuario debe aparecer en AU Si Vía = 1 y no aparece en AU => El usuario debe aparecer en AC con consulta de urgencias Si Vía = 2 => El usuario debe aparecer en AC, con consultas generales o especializadas. Si Vía = 4 => debe aparecer la hospitalización y el procedimiento parto, de la mamá.
Fecha de ingreso 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	<i>Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual</i>  <i>Debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias</i>

		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.	
Hora de ingreso del usuario a la institución		Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a hospitalización, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	<i>Valida formato hora</i> <i>Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</i>  <i>Si Fecha Ingreso = Fecha Salida =&gt; Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida</i>
Número de autorización	Un valor único	Solo se registra si se ha solicitado y la EPS ha autorizado mediante la asignación de un número de autorización. Es importante para efectos de la auditoría y el pago.	No se valida
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 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 capítulo XX, letras V a la Y.  Los valores 13 y 14 corresponden a las causas de demanda de enfermedad general o profesional.	Valida que el valor registrado se encuentre en el rango de los valores permitidos.
Diagnóstico principal de ingreso	Un valor único: código alfanumérico	Corresponde al diagnóstico que dio origen a la hospitalización, en urgencias, consulta externa o remisión.	Se valida que no sea un código %Z+ Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión.
Diagnóstico principal de egreso	Un valor único: código alfanumérico	El diagnóstico principal de egreso debe ser un diagnóstico confirmado en la mayoría de los casos. Solo habrá algunos casos en que no se pudo confirmar. Corresponde al diagnóstico que justificó la mayor parte de la estancia.	Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión
Diagnóstico relacionado 1	Un valor único: código alfanumérico	Los diagnósticos relacionados son todos	Se valida que esté en la tabla de referencia

de egreso		aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	de CIE, 10° revisión
Diagnóstico relacionado 2 de egreso	Un valor único: código alfanumérico	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión
Diagnóstico relacionado 3 de egreso.	Un valor único: código alfanumérico	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión
Diagnóstico de complicación	Un valor único: código alfanumérico	Se diligencia si hubo una complicación.	Se valida que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión
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.	<i>Que el valor esté en el rango permitido</i>
Diagnóstico de la causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico	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. Obligatorio si el estado a la salida es =2	<i>Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2. Valida que el código esté en la tabla de CIE 10.</i>
Fecha de egreso	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la fecha en que el paciente deja el servicio de urgencias.	<i>Valida formato fecha Valida que la fecha de la salida no sea mayor a la actual Valida que la fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.</i>
Hora de egreso	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de hospitalización.	<i>Valida formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.  Si Fecha Ingreso = Fecha Salida =&gt; Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</i>

## 5. ARCHIVO DE RECIEN NACIDOS: AN

### Estructura de los datos de la consulta

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

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
Número de la factura	Un valor único: código alfanumérico	Se registra el número de la factura según las reglas establecidas para el archivo de transacción.	<i>Igual validación que para la consulta.</i>
Tipo de identificación de la madre	CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación	La madre ha sido registrada con un documento de identificación al ingreso a la atención de parto y a la hospitalización. Ese mismo tipo de documento se debe colocar en este campo para poder hacer trazabilidad cuando se requiera.	<i>Se valida estructura Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, PA, RC, TI, AS, MS  Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad</i>
Número de identificación de la madre en el Sistema	Un valor único	Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios	<i>Se valida igual que en usuarios</i>
Fecha de nacimiento	Un valor único	Fecha de nacimiento del recién nacido	<i>Valida formato fecha Valida que la fecha de la salida no sea mayor a la actual Valida que la fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.</i>
Hora de nacimiento	Un valor único	Es la hora del alumbramiento.	<i>Valida formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si Fecha Ingreso = Fecha Salida =&gt; Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.</i>
Edad gestacional	Un valor único	Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto	<i>No se valida</i>
Control prenatal	1 = Si 2 = No	Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.</i>
Sexo	M= Masculino F =Femenino	Identificador del sexo del recién nacido	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido</i>
Peso	Un valor único	Peso en gramos del recién nacido	<i>Se valida que sea numérico</i>
Diagnóstico del recién	Un valor único	Si el niño presenta alguna patología, se debe	<i>Que el valor seleccionado esté dentro del</i>

<b>DATO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>COMO REGISTRAR</b>	<b>VALIDACIONES</b>
nacido		colocar un Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Puede ser un Dx presuntivo	<i>rango permitido de la tabla de referencia</i>
Causa básica de muerte		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 ser igual a la registrada en el registro de defunción.	<i>Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2. Valida que el código esté en la tabla de CIE 10. Si este campo no es nulo, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.</i>
Fecha de muerte	Un valor único	Fecha de muerte del recién nacido	<i>Valida formato fecha Valida que la fecha muerte no sea mayor a la actual Valida que la fecha de muerte no sea anterior a la fecha de nacimiento.</i>
Hora de muerte del recién nacido	Un valor único	Hora de muerte del recién nacido	<i>Valida formato hora Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos.</i>