



# MANUAL DE OPERACIONES

## Gestión Farmacéutica de la plataforma IHCE

**Elaborado por:** Dirección Estratégica de Tecnología de la Información- MSPS

**Revisado por:**  
Angela Viviana Silva  
**Cargo:** Contratista

Angie Vanesa Martin Ospina  
**Cargo:** Contratista

Rosemberg Álvarez Díaz  
**Cargo:** Contratista

**Aprobado por:**  
Héctor Alirio Rojas Borbón  
**Cargo:** Gerente de Proyecto - IHCE

**Aprobado por:** Didier Aníbal Beltrán  
**Cargo:** Jefe OTIC- MSPS

Versión: 1.0

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**Bogotá - Junio 2026**

### Control de versiones

Versión	Fecha	Descripción	Responsable del cambio	Revisado	Aprobado
1.0	Junio-2026	Emisión	Dirección Estratégica de Tecnología de la Información-MSPS	Ángela Viviana Silva  Angie Vanesa Martin Ospina  Rosemberg Álvarez Díaz	Héctor Alirio Rojas  Didier Aníbal Beltrán



## Contenido

<b>1. Objetivo</b> .....	4
<b>2. Alcance</b> .....	4
<b>3. Ámbito de aplicación</b> .....	4
<b>4. Definiciones</b> .....	5
<b>5. Manual Operativo IHCE</b> .....	5
<b>5.1 Resumen Operativo</b> .....	7
<b>5.2 Autenticación y Seguridad</b> .....	8
<b>5.3 Convenciones de recursos y referencias</b> .....	10
<b>5.4 Reglas de validación (obligatorias)</b> .....	13
<b>6. Operaciones principales (resumen técnico)</b> .....	14
<b>6.1. Direccionamiento</b> .....	14
<b>6.2. Programación</b> .....	19
<b>6.3. Dispensación</b> .....	25
<b>6.4. Transversales</b> .....	34
<b>6.5. Terminologías</b> .....	39
<b>6.6. Manejo de errores y Operation Outcome</b> .....	43
<b>6.7. Buenas prácticas para integración (orientado a prestadores)</b> ..	44
<b>6.8. Check list de integración rápida (para el equipo técnico)</b> .....	47
<b>7. Consideraciones operativas y monitoreo</b> .....	48
<b>8. Contacto y soporte</b> .....	48



## 1. Objetivo

Establecer las directrices técnicas y operativas para la integración de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), gestores farmacéuticos (GFA) y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con los servicios interoperables de gestión farmacéutica soportados a través de la plataforma de Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE, con el propósito de garantizar el intercambio seguro, oportuno, trazable y estandarizado de la información asociada a los procesos de direccionamiento, programación y dispensación de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), mediante el uso del estándar HL7 FHIR.

## 2. Alcance

Este documento aplica a las EAPB, gestores farmacéuticos, operadores logísticos, puntos de dispensación y plataformas tecnológicas que requieran implementar los servicios interoperables de Gestión Farmacéutica mediante la plataforma IHCE.

Así mismo, incluye los lineamientos relacionados con los mecanismos de autenticación, gestión de credenciales, consumo de APIs, validación de estructuras de intercambio, resolución de referencias interoperables, monitoreo, trazabilidad, auditoría, seguridad de la información, gestión de errores y soporte técnico necesarios para garantizar el intercambio seguro, oportuno y estandarizado de información entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## 3. Ámbito de aplicación

**Iniciativa:** Interoperabilidad de Historia Clínica Electrónica (IHCE) – Gestión Farmacéutica.



**Responsables:** Equipos técnicos y operativos de las EAPB, gestores farmacéuticos, operadores logísticos, puntos de dispensación y demás actores involucrados en los procesos de suministro de medicamentos, con acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Aplicación:** Integración de plataformas institucionales, sistemas de información y servicios tecnológicos para el intercambio interoperable de información asociada al direccionamiento, programación y dispensación de medicamentos financiados con recursos UPC, en el marco de la estrategia nacional de interoperabilidad.

#### 4. Definiciones

- **IHCE:** Interoperabilidad de Historia clínica Electrónica.
- **RDA:** Resumen Digital de Atención en Salud.
- **REPS:** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- **RETHUS:** Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.
- **FHIR:** Recursos Rápidos de Interoperabilidad en Salud.
- **HIS:** Sistema de Información Hospitalaria.
- **EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

#### 5. Manual Operativo IHCE

El mecanismo de Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE soporta la interoperabilidad de los procesos asociados a la gestión farmacéutica de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), permitiendo el intercambio seguro, oportuno, trazable y estandarizado de la información entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El proceso interoperable de gestión farmacéutica inicia con la generación de la prescripción ambulatoria de medicamentos financiados con recursos UPC por parte de los prestadores de servicios de salud, la cual se incorpora dentro



del Resumen Digital de Atención en Salud – RDA correspondiente a los ámbitos de consulta externa, urgencias u hospitalización.

La prescripción es interoperada mediante el perfil MedicationRequestRDA, permitiendo representar de manera estructurada la información clínica y administrativa asociada al medicamento formulado, el paciente, el profesional de salud tratante y el contexto de la atención.

A partir de esta información interoperada, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) consultan las prescripciones registradas en el mecanismo IHCE y realizan el proceso de direccionamiento, mediante el cual se asigna el gestor farmacéutico o punto de dispensación responsable del suministro del medicamento al usuario. El resultado de este proceso es reportado mediante la estructura de intercambio interoperable definida para tal fin.

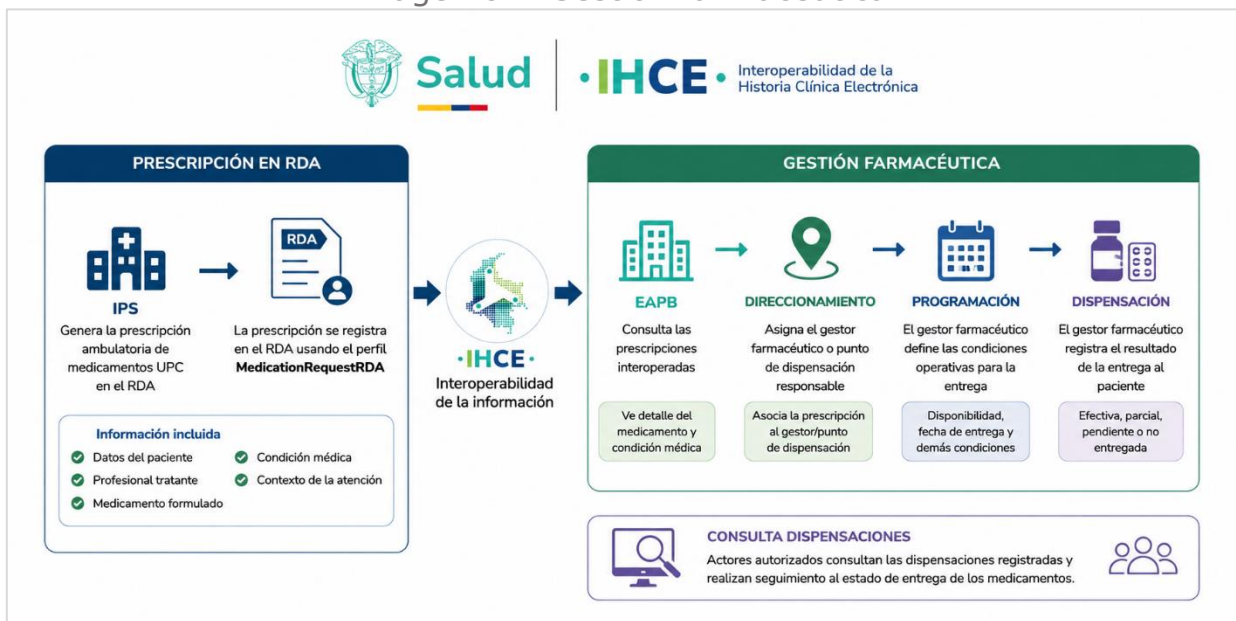
Posteriormente, el gestor farmacéutico consulta la información interoperada asociada a las prescripciones y direccionamientos asignados y ejecuta el proceso de programación, en el cual se definen las condiciones operativas para la entrega de los medicamentos, incluyendo fechas, cantidades y demás aspectos requeridos para garantizar el suministro. El resultado de este proceso es reportado mediante la correspondiente estructura de intercambio interoperable.

Finalmente, el gestor farmacéutico realiza el proceso de dispensación y registra el resultado de la entrega del medicamento al usuario, informando mediante la estructura de intercambio definida si la dispensación fue efectiva, parcial, pendiente o no realizada, así como las novedades que correspondan.

Adicionalmente, los actores autorizados podrán consultar la información interoperada asociada a los diferentes momentos de la gestión farmacéutica, permitiendo realizar seguimiento y trazabilidad al ciclo de suministro de medicamentos financiados con recursos UPC.

La interoperabilidad de la información generada durante los procesos de prescripción, direccionamiento, programación y dispensación fortalece los mecanismos de monitoreo, seguimiento y analítica de datos, facilitando la trazabilidad integral del suministro de medicamentos y apoyando la toma de decisiones basadas en información interoperable, oportuna y estandarizada.

Imagen 01: Gestión farmacéutica



Fuente: Ministerio de salud y protección social

## 5.1 Resumen Operativo

Permitir el intercambio interoperable de información asociada a la gestión farmacéutica de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), mediante el uso del estándar HL7 FHIR y los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.



La plataforma de Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE proporciona un punto de integración estandarizado, basado en HL7 FHIR y en las especificaciones definidas en la Guía de Implementación disponible en <https://vulcano.ihcecol.gov.co/guia/>, para:

- Consultar las prescripciones de medicamentos interoperadas mediante los Resúmenes Digitales de Atención en Salud – RDA.
- Generar e intercambiar las estructuras interoperables asociadas a los procesos de direccionamiento, programación y dispensación de medicamentos financiados con recursos UPC.
- Consultar la información interoperada correspondiente a los procesos de direccionamiento, programación y dispensación, permitiendo la trazabilidad del ciclo de suministro de medicamentos.
- Consultar y validar la información de pacientes, profesionales de la salud, organizaciones (incluyendo EAPB y gestores farmacéuticos) y sedes de atención (Location) requeridas para los procesos interoperables.
- Disponer de mecanismos de autenticación y autorización para el acceso seguro a los servicios interoperables.

Cada organización contará con las credenciales y mecanismos de seguridad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la obtención de tokens de acceso y el consumo de los servicios interoperables.

## **5.2 Autenticación y Seguridad**

Para realizar el consumo de los diferentes servicios expuestos por el mecanismo de interoperabilidad IHCE tendrá que ser gestionado por medio del portal definido para la solicitud de credenciales por el administrador de cada prestador (Ver [manual de gestión de credenciales](#)).

### → Obtener token (OAuth2 Client Credentials)

Con las credenciales entregadas.

- **URL:** <https://login.microsoftonline.com/<tenantid>/oauth2/v2.0/token> POST
- **Transporte:** TLS 1.3+ obligatorio.
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido del body	application/x-www-form-urlencoded

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>grant_type</b>	Tipo de flujo OAuth2	client_credentials
<b>client_id</b>	ID de la aplicación registrada	<clientid>
<b>client_secret</b>	Secreto de la aplicación	<clientsecret>
<b>scope</b>	Alcance solicitado	<scope>

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP	200 OK
<b>body</b>	Token de acceso	{ "access_token": "...", "token_type": "Bearer", "expires_in": 3599 }



El cliente obtiene un `access_token` como respuesta y usarlo como `authorization: Bearer <token>` en cada petición.

- **Buenas prácticas:**

- ✓ **Rotación de secretos:** El secreto implementado tendrá una rotación periódica definida por el Ministerio de Salud. Para realizar la solicitud del nuevo secreto (Ver [manual de gestión de credenciales](#)).

### 5.3 Convenciones de recursos y referencias

Estas convenciones aplican para los métodos expuestos de Gestión Farmacéutica:

- **Identificadores persistidos / referencias en IHCE:**

Cuando se hace referencia a un recurso externo previamente existente en IHCE, este puede ser referenciado como se muestra a continuación para los diferentes tipos de recursos.

#### a) Patient

Usar el patrón `#TipoIdentificacion-NumIdentificacion` para agregar la referencia de cada recurso paciente.

Ej.: `#CC-1234567890`

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Patient:

Ej.: `Patient/00000000-aaaa-bbb-cccc-111111111111`

#### b) Practitioner

Usar el patrón `#TipoIdentificacion-NumIdentificacion` para agregar la referencia de cada recurso profesional de la salud.

Ej.: `#CC-1234567890`



O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Practitioner.

Ej.: Practitioner/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

### **c) Organization (IPS)**

Usar el patrón #NumeroDeHabilitacion para agregar la referencia de cada recurso.

Ej.: #0987654321

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Organization

Ej.: Organization/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

### **d) Location (Sede de la IPS)**

Usar el patrón #CodigoSedePrestador-NumeroSede para agregar la referencia de cada recurso location.

Ej.: #0987654321-00

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Location

Ej.: Location/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

### **e) Organization (EAPB)**

Usar el patrón #CodigoEAPB para agregar la referencia de cada recurso organización.

Ej.: #EPS000

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Organization

Ej.: Organization/ 00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

### **f) Organization (Gestor Farmacéutico)**



Usar el patrón #GFA-NITGestorFarmaceutico para agregar la referencia de cada recurso organización.

Ej.: #GFA-NITGestorFarmaceutico

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Organization

Ej.: Organization/ 00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

### **g) Location (Punto de dispensación)**

Usar el patrón #CodigoNoReps del punto de dispensación para agregar la referencia de cada recurso location.

Ej.: #CodigoNoReps

O si se cuenta con el ID FHIR del recurso Location

Ej. Location/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111

#### **• Otras referencias:**

Cuando se referencia un recurso (ya existente en IHCE), se debe referenciar tipo de recurso e id del recurso IHCE.

- Ej. Código vida (RDA): Composition/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111
- Ej. Medicamento prescrito: MedicationRequest/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111
- Ej. Medicamento direccionado: MedicationRequest/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111
- Ej. Medicamento programado: MedicationRequest/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111
- Ej. Medicamento dispensado: MedicationDispense/00000000-aaaa-bbb-cccc-11111111111



## 5.4 Reglas de validación (obligatorias)

Estas reglas aplican para los métodos expuestos como **envío de RDA** y son ejecutadas por el servidor al recibir un Bundle. El cliente debe validarlas localmente antes de enviar para reducir rechazos.

### 1. Paciente:

a. El paciente debe existir en el registro nacional EVOL, y cumplir las siguientes condiciones de validación:

- Tipo y número de identificación coinciden con la información registrada en EVOL.
- Primer apellido coincide (case-insensitive) conforme al porcentaje de similitud definido.
- Primer nombre coincide (case-insensitive) conforme al porcentaje de similitud definido.
- Sexo biológico coincide con la información registrada en EVOL.
- Paciente con estado: vivo y tipo de documento vigente.

b. El paciente extranjero referenciado no realiza la validación contra el registro nacional EVOL y se validará según la referencia si ya existe dentro del sistema, de lo contrario el paciente será creado.

c. El paciente sin identificación referenciado no realiza la validación contra el registro nacional EVOL y se validará según la referencia, será creado como un nuevo paciente.

2. **Practitioner/Organization/Location** referenciados deben estar habilitados y/o activos en REPS y RETHUS para permitir el envío de la información, así como debe estar registrados tanto el gestor farmacéutico como los puntos de dispensación en las tablas NoReps

3. **Parametro humanuser en operaciones de consulta:** Se debe enviar el tipo de identificación y número de identificación de la persona (Profesional de la salud) que realiza la consulta. Este campo será obligatorio para las consultas en donde se encuentren documentadas a continuación y será auditado.

## 6. Operaciones principales (resumen técnico)

A continuación, se documentan las operaciones que debe implementar/integrar en el sistema de información hospitalario.

**Nota:** La URL base será la publicada en el momento de la solicitud de credenciales (Ver [manual de gestión de credenciales](#)).

Para el consumo es necesario generar el token de autenticación con el scope correspondiente como descrito en la sección "Autenticación y seguridad" así como incluir la clave de suscripción del ambiente destino.

### 6.1. Direccionamiento

#### 1) **POST /Composition/\$consultar-rda-con-prescripcion-eapb - Contienen prescripciones asociadas a una EAPB**

**Uso:** Devolver un listado atenciones (RDA) que contienen alguna prescripción ambulatoria de medicamentos (Composition)

- **URL:** POST /Composition/\$consultar-rda-con-prescripcion-eapb
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
resourceType	Tipo de recurso		Parameters
parameter.eapb	Código de la EAPB responsable de la consulta	Sí	valueString: "EPS001"
parameter.authoredOn.start	Fecha inicial del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-01"
parameter.authoredOn.end	Fecha final del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-31"
parameter.identifier.type	Tipo de identificación del paciente	No	valueString: "CC"
parameter.identifier.value	Número de identificación del paciente	No	valueString: "1032473124"
parameter.author	Código de habilitación REPS de la IPS prescriptora	No	valueString: "1100101234"
parameter.lastUpdated.start	Fecha inicial de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-01T00:00:00Z"
parameter.lastUpdated.end	Fecha final de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-31T23:59:59Z"
parameter.humanuser	Tipo y número de identificación de la persona que realiza la consulta	No	valueString: "CC-11111"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado	Lista de encuentros entre dichas fechas Entry [Composition (RDA)]
<b>code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

## 2) **GET/ Composition/{id}/\$document — Recuperar recursos relacionados a un composition (RDA)**

**Uso:** Detalle de cada una de las atenciones (RDA).

- **URL:** GET /Composition/{id}/\$document
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK
<b>Body</b>	Bundle	Bundle completo con composition y recursos asociados
<b>Code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>Body</b>	Resultado	Operation Outcome

Tabla 31

### 3) **POST / MedicationRequest /\$enviar-direccionamiento**

**USO:** Enviar un resumen del envío de medicamento direccionado, sea direccionado o no direccionado

- **URL:** POST /MedicationRequest/\$enviar-direccionamiento
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	MedicationRequest
<b>type</b>	Perfil	MedicationRequestAddressing
<b>status</b>	Estatus del direccionamiento	Active -> direccionado Stopped -> No direccionado

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	MedicationRequest exitoso
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido
<b>code</b>	RDA duplicado	409 Conflict
<b>body</b>	Explicación de duplicado	OperationOutcome indicando repetido

Tabla 6

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

#### 4) **PUT /MedicationRequest/{id-direccionamiento-fhir}/\$anular-direccionamiento**

**USO:** Anular direccionamiento uno a uno

- **URL:** PUT /MedicationRequest/{id-direccionamiento-fhir}/\$anular-direccionamiento

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>

Elemento	Descripción	Valor
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	MedicationRequest exitosamente anulado (status: cancelled)
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

## 6.2. Programación

### 5) **POST /MedicationRequest/\$consultar-direccionamiento-gf - Contienen listado de direccionamientos al gf**

**Uso:** Devolver un listado de direccionamientos (MedicationRequest) asociados al gestor farmacéutico

- **URL:** POST /MedicationRequest/\$consultar-direccionamiento-gf

- Headers

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- Body

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso		Parameters
<b>parameter.gestorFarmaceutico</b>	Código de la gestorFarmaceutic o responsable de la consulta	Sí	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.authoredOn.start</b>	Fecha inicial del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-01"
<b>parameter.authoredOn.end</b>	Fecha final del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-31"
<b>parameter.identifier.type</b>	Tipo de identificación del paciente	No	valueString: "CC"
<b>parameter.identifier.value</b>	Número de identificación del paciente	No	valueString: "1032473124"
<b>parameter.eapb</b>	Código de la eapb responsable de la consulta	No	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.lastUpdated.start</b>	Fecha inicial de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-01T00:00:00Z"



Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>parameter.lastUpdated.end</b>	Fecha final de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-31T23:59:59Z"
<b>parameter.humanuser</b>	Tipo y número de identificación de la persona que realiza la consulta	No	valueString: "CC-11111"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado	Lista de direccionados entre dichas fechas Entry [MedicationRequest]
<b>Code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>Body</b>	Resultado	Operation Outcome

6) **GET /MedicationRequest/{id-direccionado}/\$everything** – Resuelve las referencias en primer nivel de profundidad del MedicationRequest direccionado

**Uso:** Devolver el detalle del direccionamiento (MedicationRequest) resolviendo las referencias en primer nivel de profundidad

- **URL:** GET /MedicationRequest/{id-direccionado}/\$everything

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	Bundle con todos los recursos referenciados en el MedicationRequest
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

## 7) **POST / MedicationRequest /\$enviar-programacion**

**USO:** Enviar un resumen de la programación de un medicamento

- **URL:** POST /MedicationRequest/\$enviar-programacion

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	MedicationRequest
<b>Type</b>	Perfil	MedicationRequestScheduling

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	MedicationRequest exitoso
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido
<b>code</b>	RDA duplicado	409 Conflict
<b>body</b>	Explicación de duplicado	OperationOutcome indicando repetido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

## 8) PUT /MedicationRequest/{id-programación-fhir}/\$anular-programacion

**USO:** Anular la programación una a una

**URL:** PUT /MedicationRequest/{id-programación-fhir}/\$anular-programacion

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado exitoso	MedicationRequest exitosamente anulado (status: cancelled)
<b>Code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>Body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

### 6.3. Dispensación

#### 9) POST /MedicationRequest/\$consultar-programacion-gf - Contienen listado de las programaciones al gestor farmacéutico

**Uso:** Devolver un listado de programaciones (MedicationRequest) asociados al gestor farmacéutico

- **URL:** POST /MedicationRequest/\$consultar-programacion-gf
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso		Parameters
<b>parameter.gestorFarmaceutico</b>	Código de la gestorFarmaceutico o responsable de la consulta	Sí	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.authoredOn.start</b>	Fecha inicial del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-01"
<b>parameter.authoredOn.end</b>	Fecha final del rango de búsqueda de prescripciones	Sí	valueString: "2026-01-31"
<b>parameter.identifier.type</b>	Tipo de identificación del paciente	No	valueString: "CC"

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>parameter.identifier.value</b>	Número de identificación del paciente	No	valueString: "1032473124"
<b>parameter.eapb</b>	Código de la eapb responsable de la consulta	No	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.lastUpdated.start</b>	Fecha inicial de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-01T00:00:00Z"
<b>parameter.lastUpdated.end</b>	Fecha final de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-31T23:59:59Z"
<b>parameter.humanuser</b>	Tipo y número de identificación de la persona que realiza la consulta	No	valueString: "CC-11111"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado	Lista de direccionados entre dichas fechas Entry [MedicationDispense]
<b>Code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>Body</b>	Resultado	Operation Outcome

**10) GET /MedicationRequest/{id-programado}/\$everything – Resuelve las referencias en primer nivel de profundidad del MedicationRequest programado**

**Uso:** Devolver el detalle de la programación (MedicationRequest) resolviendo las referencias en primer nivel de profundidad

- **URL:** GET /MedicationRequest/{id-programado}/\$everything
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	Bundle con todos los recursos referenciados en el MedicationRequest
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

## 11) POST / MedicationDispense /\$enviar-dispensacion



**USO:** Enviar una dispensación por medicamento o el pendiente de un medicamento.

En escenarios de dispensación parcial, el gestor farmacéutico deberá realizar dos registros de dispensación. El primer registro corresponderá a la cantidad efectivamente entregada al paciente y el segundo registro corresponderá a la cantidad no entregada, la cual quedará registrada con estado o tipo de dispensación pendiente según lo definido en la guía.

Ejemplo:

- Prescripción: 90 tabletas.
- Entrega efectiva: 30 tabletas.
- Pendiente: 60 tabletas.

Se envían:

1. MedicationDispense → Tipo: PRIMERA\_DISP\_PARCIAL → Cantidad: 30.
2. MedicationDispense → Tipo: DISP\_PENDIENTE → Cantidad: 60.

Cuando posteriormente se entreguen las 60 tabletas faltantes:

3. MedicationDispense → Tipo: ENTREGA\_PENDIENTE\_COMPLETA → Cantidad: 60.

- **URL:** POST /MedicationDispense/\$enviar-dispensacion
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	MedicationDispense
<b>Type</b>	Perfil	MedicationDispenseRDA

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	MedicationDispense exitoso
<b>code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido
<b>code</b>	RDA duplicado	409 Conflict
<b>body</b>	Explicación de duplicado	OperationOutcome indicando repetido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

## 12) **PUT /MedicationDispense/{id-dispensacion-fhir}/\$anular-dispensacion**

**USO:** Anular la dispensación una a una

**URL:** PUT /MedicationDispense/{id-dispensacion-fhir}/\$anular-dispensacion

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>

Elemento	Descripción	Valor
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado exitoso	MedicationDispense exitosamente anulado (status: cancelled)
<b>Code</b>	Error de estructura	400 Bad Request
<b>Body</b>	Detalle del error	OperationOutcome con descripción del campo inválido

**Validaciones principales:** ver sección "Reglas de validación".

**Buenas prácticas:** (Ver la sección 5.3 de este manual Convenciones de recursos y referencias).

### 13) **POST /MedicationDispense/\$ consultar-dispensacion-eapb - Contienen listado de las dispensaciones por eapb**

**Uso:** Devolver un listado de dispensaciones (MedicationDispense) asociados al eapb, (Solo habilitado para eapb)

- **URL:** POST /MedicationDispense/\$consultar-dispensacion-eapb

- Headers

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- Body

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso		Parameters
<b>parameter.eapb</b>	Código de la EAPB responsable de la consulta	Sí	valueString: "EPS001"
<b>parameter.whenHandedOver.start</b>	Fecha inicial del rango de búsqueda de dispensación	Sí	valueString: "2026-01-01"
<b>parameter.whenHandedOver.end</b>	Fecha final del rango de búsqueda de dispensación	Sí	valueString: "2026-01-31"
<b>parameter.identifier.type</b>	Tipo de identificación del paciente	No	valueString: "CC"
<b>parameter.identifier.value</b>	Número de identificación del paciente	No	valueString: "1032473124"
<b>parameter.lastUpdated.start</b>	Fecha inicial de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-01T00:00:00Z"

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>parameter.lastUpdated.end</b>	Fecha final de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-31T23:59:59Z"
<b>parameter.humanuser</b>	Tipo y número de identificación de la persona que realiza la consulta	No	valueString: "CC-11111"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado	Lista de direccionados entre dichas fechas Entry [MedicationDispense]
<b>code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

**14) POST /MedicationDispense/\$ consultar-dispensacion-gf - Contienen listado de las dispensaciones por gestor farmaceutico**

**Uso:** Devolver un listado de dispensaciones (MedicationDispense) asociados al gestor farmaceutico (Solo habilitado para gestores farmacéuticos)

- **URL:** POST /MedicationDispense/\$consultar-dispensacion-gf

- Headers

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- Body

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso		Parameters
<b>parameter.gestorFarmaceutico</b>	Código de la gestorFarmaceutico responsable de la consulta	Sí	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.whenHandedOver.start</b>	Fecha inicial del rango de búsqueda de dispensación	Sí	valueString: "2026-01-01"
<b>parameter.whenHandedOver.end</b>	Fecha final del rango de búsqueda de dispensación	Sí	valueString: "2026-01-31"
<b>parameter.identifier.type</b>	Tipo de identificación del paciente	No	valueString: "CC"
<b>parameter.identifier.value</b>	Número de identificación del paciente	No	valueString: "1032473124"
<b>parameter.eapb</b>	Código de la eapb responsable de la consulta	No	valueString: "GFA-9000000"
<b>parameter.lastUpdated.start</b>	Fecha inicial de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-

Elemento	Descripción	Obligatorio	Valor
			01T00:00:00Z"
<b>parameter.lastUpdated.end</b>	Fecha final de actualización del recurso	No	valueString: "2026-01-31T23:59:59Z"
<b>parameter.humanuser</b>	Tipo y número de identificación de la persona que realiza la consulta	No	valueString: "CC-11111"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado	Lista de direccionados entre dichas fechas Entry [MedicationDispense]
<b>code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

## 6.4. Transversales

### 15) GET/ siguiente-pagina /{id devuelto link.url} – Recuperar datos de la siguiente página.

**Uso:** Si el entry del bundle tiene más recursos de los establecidos como máximos, el sistema generará un Link.url que servirá como consulta para los siguientes recursos.

- **URL:** GET /siguiente-pagina/{id devuelto link.url}



- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código éxito	200 OK
<b>body</b>	Bundle	Bundle completo con recursos asociados a la siguiente página
<b>code</b>	No encontrado	400 Bad Request
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

**Observaciones:**

Todos los link.url tienen un tiempo de vigencia, por lo cual solo estarán disponibles por un tiempo limitado.

**16) POST /Practitioner/\$consultar-profesional-salud -validación de profesional.**

**Uso:** verificar que el profesional que firma/autoriza esté habilitado.

- **URL:** POST /Practitioner/\$consultar-profesional-salud



- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	Parameters
<b>parameter.identifier</b>	Identificador del profesional	{ type: CC, value: 10203040 }

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado	Datos del profesional
<b>code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

### 17) **POST /Organization/\$consultar-organizacion-validación de organización IPS.**

**Uso:** verificar la organización y las sedes que se encuentren activas de la organización IPS

- **URL:** POST /Organization/\$consultar-organización

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Api-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	Parameters
<b>parameter.TaxIdentifier</b>	Identificador de la organización	"valueString":"00000"
<b>parameter.HealthcareProviderIdentifier</b>	Código de habilitación	"valueString":"00000"
<b>Parameter.name</b>	Nombre de la organización	"valueString": "Hospital Central"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK
<b>Body</b>	Resultado	Datos de la organización o OperationOutcome
<b>code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>body</b>	Resultado	Operation Outcome

## 18) POST /Organization/\$consultar-eapb -validación de organización.

**Uso:** Verificar las organizaciones EAPB activas dentro del mecanismo por su identificador o por nombre

- **URL:** POST /Organization/\$consultar-eapb
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	Parameters
<b>parameter.EAPBIdentifier</b>	Identificador de la organización	"valueString": "EPS000"
<b>Parameter.name</b>	Nombre de la organización	"valueString": "Hospital Central"

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código éxito	200 OK

Elemento	Descripción	Valor
<b>Body</b>	Resultado	Datos de la organización EAPB o OperationOutcome
<b>Code</b>	No encontrado	404 Not Found
<b>Body</b>	Resultado	Operation Outcome

## 6.5. Terminologías

A continuación, se documentan las operaciones de consulta, correspondientes a las terminologías necesarias para el uso correcto del mecanismo.

**Nota:** La URL base será la publicada en el momento de la solicitud de credenciales (Ver [manual de gestión de credenciales](#))

Para el consumo es necesario generar el token de autenticación con el scope correspondiente como descrito en la sección “Autenticación y seguridad” así como incluir la clave de suscripción del ambiente destino.

**Importante:** Se recomienda no depender de los endpoints de terminologías a continuación para el envío de los diferentes RDAs y usar dichos endpoints para mantener al día las tablas de codificación y sus respectivos display dentro de sus sistemas.

El sistema es estricto entre el code y su respectivo display. El display debe coincidir exactamente al que se encuentran configurados dentro del mecanismo.

### 19) GET / CodeSystem/ {code-system} – Codificación.

**USO:** Permite ver todos los códigos relacionados a una codificación específica. El nombre del code-system debe ser el que se encuentra relacionado dentro de la guía de implementación

- **URL:** GET /CodeSystem/{code-system}



- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	CodeSystem con id y concepts de todos los códigos posibles

**20) GET / CodeSystem/ {code-system} /\$validate-code?code={código-validar} – Validate Code.**

**USO:** Validar existencia y display de un código para una codificación específica

- **URL:** GET /CodeSystem/{code-system}/\$validate-code?code={código-validar}

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	Parameters con result y el display si existe

## 21) POST /CodeSystem/\$lookup – Lookup

**USO:** Permite dar más detalle sobre una codificación.

- **URL:** POST /CodeSystem/\$lookup

- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

Elemento	Descripción	Valor
<b>resourceType</b>	Tipo de recurso	Parameters
<b>parameter</b>	Parametros de la codificación	{ "name": "system", "valueUri": "... /CodeSystem/..." }, { "name": "code", "valueCode": "000" }

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	Parameters con name, versión, display, entre otros, si existe

## 22) GET / CodeSystem?since={fecha-modificación} – Consultar codificaciones que cambiaron desde una fecha

**USO:** Listar las codificaciones que han sido modificadas desde una fecha específica. since es de formato YYYY-MM-DD

- **URL:** GET /CodeSystem?since={fecha-modificación}
- **Headers**

Elemento	Descripción	Valor
<b>Authorization</b>	Token de autenticación	Bearer <token>
<b>Ocp-Apim-Subscription-Key</b>	Clave de suscripción	<subscription-key>
<b>Content-Type</b>	Tipo de contenido	application/fhir+json

- **Body**

*No aplica*

- **Response**

Elemento	Descripción	Valor
<b>code</b>	Código HTTP de éxito	200 OK
<b>body</b>	Resultado exitoso	Bundle con lista de CodeSystem en resumen  total = número de codificación que cambiaron

**NOTA:** Esta codificación solamente muestras los CodeSystem que cambiaron, pero no trae la codificación completa. Basada en la respuesta de esta operación usar el otro endpoint `CodeSystem/{code-system}` para traerla completa.

## 6.6. Manejo de errores y Operation Outcome

- **Estructura:** el API retorna errores estructurados con recurso Operation Outcome (FHIR). Este recurso incluye `issue[]` con `severity`, `code`, `diagnostics` y `location`.
- **Mapeo HTTP sugerido:**
  - ✓ 400 Bad Request → error de formato/estructura.
  - ✓ 401 Unauthorized / 403 Forbidden → auth/permiso.
  - ✓ 409 Conflict → duplicado (RDA existente).



## **6.7. Buenas prácticas para integración (orientado a prestadores).**

A continuación, recomendaciones prácticas y específicas para EAPB y gestores farmacéuticos.

- Todos los links de siguiente-página tienen un tiempo de vigencia, por lo cual solo estarán disponibles por un tiempo limitado. En caso de que se venza dicho termino, es necesario realizar nuevamente la consulta original para obtener nuevamente el id de la siguiente página. Se recomienda manejarlo en el visor como suerte de carga dinámica al realizar scroll de las atenciones, no como paginación (1,2,...)

### **A. Seguridad operativa**

Conforme a la Resolución 1888 de 2025, los prestadores deberán garantizar que la integración con el Mecanismo Nacional de Interoperabilidad de Historia Clínica Electrónica (IHCE) cumpla con los lineamientos de seguridad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación, se detallan las medidas que los prestadores deben implementar en sus sistemas de información y procesos de consumo del mecanismo IHCE:

En cumplimiento del artículo 6.2. Autenticación:

- Almacenamiento seguro de credenciales:
  - ✓ Los Client ID y Client Secret entregados por el Ministerio deben ser almacenados en repositorios seguros, tales como Azure Key Vault, AWS Secrets Manager o equivalentes.
  - ✓ Queda prohibido el almacenamiento de credenciales en texto plano en código fuente, configuraciones no cifradas o repositorios públicos.
  - ✓ En caso de que se vea comprometido su Client Secret, debe realizar la solicitud de rotación de este lo antes posible.



- ✓ La rotación de su Client Secret será válido por un (1) año a partir de la fecha de asignación. Esta podrá ser revocada antes de cumplir dicho periodo, si el prestador deja de estar habilitado para prestar su servicio.
- ✓ El periodo de validez del Client Secret puede variar amparar bajo la resolución 1888 de 2025.
- Autenticación de usuarios internos:
  - ✓ Deben garantizar la autenticación de sus usuarios internos (talento humano en salud), integrando sus propios mecanismos (ej. Azure AD, LDAP, B2C, etc.) que aseguren la identificación única de cada usuario que accede a la información.

En concordancia con el artículo 6.3. Control de acceso:

- Los prestadores deberán implementar controles basados en roles y permisos (RBAC) dentro de sus sistemas de información, asegurando que solo usuarios y aplicaciones autorizadas accedan a las APIs de interoperabilidad y solo a la información de los pacientes en el marco de su atención clínica.
- Los roles deben estar documentados y asociados a las funciones del talento humano en salud (ej. médico tratante, auditor clínico, administrativo).
- Se debe garantizar que una vez alguno de sus usuarios internos (talento humano en salud) no tenga ningún tipo de relacionamiento con la organización, revocar inmediatamente los permisos correspondientes a las acciones que impliquen algún uso de la solución IHCE.

Con base en el artículo 6.4. Encriptación:

- Todo el tráfico entre el prestador y las API expuesta por parte del Ministerio debe realizarse sobre TLS 1.3 o superior.



- Los datos sensibles del envío de información o respuesta de esta, deberá almacenarse cifrada en reposo, utilizando algoritmos reconocidos internacionalmente (ej. AES-256).

En cumplimiento del artículo 6.5. Monitoreo de operaciones:

- Los sistemas de los prestadores deben contar con registros de auditoría (logs) que permitan identificar:
  - Fecha y hora de cada petición hacia las APIs.
  - Usuario o sistema que realizó la acción.
  - Tipo de operación
  - Estado de la transacción (éxito, error, rechazo).
- Estos registros deben almacenarse en un sistema de auditoría seguro, inmutable y con retención acorde a la normatividad vigente.
- Los prestadores deben habilitar mecanismos de monitoreo en tiempo real para detectar accesos inusuales o fallidos hacia las APIs.
- Monitorización de errores y alertas (picos de 4xx/5xx, latencia alta, tasas de duplicado).
- La retención de registros, trazas y logs con fundamento se debe amparar adicionalmente de la resolución 1888 de 2025 en (i) la Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales) que obliga a adoptar medidas de seguridad y evidencias del tratamiento; (ii) las disposiciones sectoriales sobre manejo y conservación de la historia clínica (Resolución 839 de 2017 y normas complementarias).

En virtud de lo anterior, y atendiendo al principio de proporcionalidad y al análisis de riesgo exigido por ISO/IEC 27001, los períodos de retención aplicables recomendados son:

- Logs de seguridad, acceso, trazabilidad de historia clínica, críticos e investigaciones forenses: mínimo 2 años, ampliables hasta 5 años según riesgo contractual o requisitos regulatorios.
- Logs operacionales y de telemetría no sensibles: mínimo 1 año.



- Ante procesos judiciales, disciplinarios o investigaciones, se aplicará retención excepcional hasta la finalización del proceso.

Estos períodos serán revisados periódicamente (al menos anualmente) y ajustados cuando cambien las exigencias legales y/o definiciones establecidas por el ministerio de salud.

En línea con el artículo 6.7:

- Los prestadores deben garantizar conectividad segura hacia el Ministerio (ej. IP segura, canal TLS).
- Sus sistemas de información deben integrar de manera nativa los siguientes componentes:
  - Autenticación y autorización de usuarios.
  - Protección de datos personales en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012.
  - Generación, transmisión y visualización de los Registros de Atención en Salud (RDA) bajo los esquemas definidos por el Ministerio

### **6.8. Check list de integración rápida (para el equipo técnico)**

- Obtener credenciales (client\_id, client\_secret / certificado) y probar token endpoint.
- Realizar mapeo de terminologías
- Implementar validaciones locales
- Encolamiento con persistencia de intentos
- Configurar auditoría (logs controlados) y alertas de errores.



## 7. Consideraciones operativas y monitoreo

- **Alertas:** tasa de rechazos 4xx elevada, aumento de duplicados (409), latencias crecientes.
- **Pruebas:** realizar integración SANDBOX con escenarios de: envíos válidos, envíos con discrepancias, entre otros.
- **Soporte:** definir canales y formatos de logs para troubleshooting (requestId obligatorio en respuesta y logs del receptor).

## 8. Contacto y soporte

Dentro del micrositio de IHCE, en la sección de manuales, se encontrará una colección de libre descarga basada en la herramienta Postman, en la cual se incluyen ejemplos de operaciones para su respectiva prueba y validación.

Para soporte técnico de integración solicitar a la mesa de ayuda los endpoints de Sandbox/Prod, las credenciales y el listado de límites de attachments por ambiente.