



**La salud
es de todos**

Minsalud

Lineamiento técnico para la transferencia de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social

**Oficina de Tecnología de la Información y la
Comunicación – OTIC
2019**

Enero de 2019
Versión 7



Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Fernando Correa Serna
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministerio de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretaría General

Dolly Esperanza Ovalle Carranza
Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación

Apoyo Técnico y Redacción
Aicardo Oliveros Castrillón
Germán Alfredo Gil Forero



¿COMO VALIDAR Y TRANSFERIR LOS DATOS DE RIPS DESDE LAS EAPB AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL?

Contenido

INTRODUCCION	5
1. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DEL RIPS	6
2. CALIDAD DE LOS DATOS	8
3. COMO LEER ESTE LINEAMIENTO	8
4. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES	9
4.1. Estándar del archivo plano	9
4.2. Archivo de control: CT	10
4.3. Archivo de usuarios: US	11
4.4. Archivo de consulta: AC.....	16
4.5. Archivo de procedimientos: AP	24
4.6. Archivo de urgencia con observación: AU.....	26
4.7. Archivo de hospitalización: AH	29
4.8. Archivo de recién nacidos: AN.....	32
4.9. Archivo de medicamentos: AM	34
5. ENVIO DE LOS ARCHIVOS PLANOS	37
5.1. Especificación para el envío de los archivos RIPS por parte de las EAPB y entidades territoriales a través PISIS	37
5.2. Envío de datos RIPS, a través de la plataforma PISIS	39
5.3. Proceso de validación y cargue	44



INTRODUCCION

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

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

La Resolución 3374 de 2000, “...*Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las EAPB¹...*”, tiene como propósito facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y ser el soporte de los servicios efectivamente prestados a la población en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 de 1993.

Sin embargo, y pese a que los distintos generadores y usuarios de los datos reconocen su valor e importancia, en la actualidad se han identificado falencias tanto en la calidad del registro primario, como en la utilización para la gestión de las IPS² y las EAPB, así como para la formulación de la política pública en salud. Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos que se reportan, para que contribuyan en condiciones de mayor certidumbre a la toma de decisiones.

En el presente documento se definen los criterios para la adecuada transferencia de datos del RIPS, estableciendo los lineamientos para mejorar la calidad, la oportunidad y la cobertura de los mismos, así como la apropiación de dicha resolución por los prestadores de servicios de salud. Para el efecto, es fundamental que las instituciones incorporen estos lineamientos a sus procesos y se adaptan las herramientas informáticas, para asegurar el registro y envío correcto de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social.

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

¹ EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios

² IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud



1. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DEL RIPS

Independientemente del uso que los actores del SGSSS realicen sobre los datos de las prestaciones de salud, actualmente todos los prestadores están obligados a generar, transferir, organizar y entregar los datos a las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud, ya sean Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o entidades de dirección y control del SGSSS. Las entidades que realicen el pago de las atenciones de salud deben validar, organizar y entregar, al Ministerio de Salud y Protección Social todos los datos efectivamente validados mes a mes, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

Tabla 1. Obligatoriedad del registro de los datos de RIPS

NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".	Artículo 173. De las funciones del Ministerio de Salud. Numeral 7 "El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento".
Resolución 3374 de 2000. "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados"	Artículo segundo.- Ámbito de Aplicación: Las disposiciones contenidas en la presente Resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios, definidas en el numeral 2 del artículo primero de esta Resolución y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.
Resolución 951 de 2002	Establece en su Artículo 1°. "A partir de la vigencia de la presente Resolución, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, definidas en el numeral 2 de la Resolución 3374 de 2000, no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas con los RIPS, o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia de datos del validador del Ministerio de Salud. Lo anterior no obsta para que en la revisión de los soportes establecidos por las normas y las auditorías médicas y administrativas se demuestre la validez de la información contenida en las facturas o cuentas de cobro dentro del procedimiento normal establecido por las EAPB para su trámite".
Decreto 4747 de 2007. "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"	Ratifica la obligatoriedad del envío de los datos RIPS y recalca la función del Ministerio en cuanto a la revisión, ajuste y actualización del anexo técnico, así: Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS "El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS".
Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"	Artículo 44: De la información en el Sistema General de Seguridad Social..... b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2° de la presente Ley. Parágrafo 2°. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.



NORMA	ESPECIFICACIÓN DE OBLIGATORIEDAD
Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".	Artículo 112°. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Artículo 114°. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna Artículo 116°. Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia. Artículo 130°. Conductas que vulneran el sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud. 130.12. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.
Plan Nacional De Desarrollo 2014-2018. LEY 1753 DE 2015, "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".	Define en el Artículo 65 los aspectos fundamentales de la Política de atención integral en salud. "El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.
Resolución 1531 de 2014 "Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y su ámbito de aplicación"	Se establece el mecanismo para la transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, a través de la plataforma de Integración de datos – PISIS del Sistema de Información de la Protección Social – SISPRO, y se amplían las entidades obligadas a reportar, mediante la modificación en tal sentido, de la Resolución 3374 de 2000.



2. CALIDAD DE LOS DATOS

Las EAPB 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 Protección Social y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados de manera individualizada, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 3374 de 2000.

Igualmente, las EAPB deben verificar en la recepción de los datos de sus prestadores, que el registro cumpla con todos los criterios de validación (estándares que ha definido el Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de EAPB, IPS, entes territoriales, asociaciones y gremios). Todas las instituciones deben utilizar como único instrumento de validación, el “validador” que dispone el Ministerio en el siguiente enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips#k=rips o desde el Repositorio Institucional Digital RID.

3. COMO LEER ESTE LINEAMIENTO

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

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

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



4. ESTRUCTURA DE LOS DATOS Y VALIDACIONES

4.1. Estándar del archivo plano

- **Tipos de archivos**

Los RIPS se presentan en ocho (8) archivos que tienen estructuras y datos específicos (aunque algunos de estos se repiten en varias estructuras por constituirse en las llaves que permiten las relaciones entre estos).

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

Los tipos de archivos son los siguientes:

CT= Archivo de control
US = Archivo de usuarios de los servicios de salud
AC = Archivo de consulta
AP = Archivo de procedimientos
AU = Archivo de urgencias con observación
AH = Archivo de hospitalización
AN = Archivo de recién nacidos
AM = Archivo de medicamentos

- **Nombres de los archivos**

Los archivos de datos deberán identificarse con el tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (periodo reportado de seis caracteres). Es decir, el nombre queda con un total de ocho caracteres más la extensión del archivo, que debe ser TXT.

- **Archivo de control:**

Corresponde al archivo del registro de control de los archivos enviados a través de la plataforma PISIS.

- **Archivos de registro de datos**

Son los archivos que contienen los datos de los usuarios (US), de las consultas (AC), de los procedimientos (AP), de hospitalización (AH), de las urgencias con observación (AU), recién nacidos (AN) y de medicamentos (AM). Estos archivos de datos deben cumplir con las siguientes especificaciones:

- ✓ Los campos del archivo deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el campo no contenga valor, se debe reportar coma coma sin ningún espacio (,,).



- ✓ Dentro de los campos de datos tipo texto no deben contener ningún tipo de separador o carácter especial, sólo se acepta el espacio en blanco.
- ✓ Los campos con datos numéricos que incluyan decimales, deben utilizar como separadores de decimales el punto (.). Los datos deben venir sin separación de miles.
- ✓ Los campos con el dato “fecha” deben tener el formato Día/Mes/Año (dd/mm/aaaa), incluido el carácter (/).
- ✓ No se debe utilizar un calificador de campo de texto, es decir, ningún dato de campo debe venir encerrado entre comillas (“ ”), ni ningún otro carácter especial.
- ✓ Los datos reportados en el archivo plano deben venir en mayúsculas y no traer caracteres especiales ni tildes.
- ✓ Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora:minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistema de veinticuatro (24) horas.
- ✓ No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.
- ✓ El proceso de envío de archivos, deben comprimir con formato ZIP (Winzip), cambiar la extensión a archivos .DAT y enviarlos utilizando la plataforma PISIS directamente, de conformidad con este lineamiento.
- ✓ El envío se debe realizar a través de la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social.

4.2. Archivo de control: CT

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios	Valor único	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud o por la Superintendencia financiera.	Se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.
Fecha de remisión	Valor único	Fecha de envío de los datos, con la estructura de fecha: dd/mm/aaaa.	Se valida el formato fecha. Se valida que no sea mayor a la actual.
Código del archivo	Valor único	Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío. El número de remisión es un número asignado por la entidad que envía los archivos de RIPS. Puede obedecer a un número consecutivo de envío en la institución.	Se valida que las dos primeras letras correspondan a los nombres definidos para los archivos y que los nombres no se encuentren repetidos.
Total de registros	Valor único	El número de registros que contiene el respectivo archivo, en número entero.	Se valida que sea numérico y entero.



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

El archivo de control debe tener todos los datos correctos para continuar con la validación de los siguientes archivos. En el archivo de control, el orden que deben llevar los registros es el siguiente:

- ✓ Archivo de usuarios
- ✓ Archivos de consultas
- ✓ Archivo de procedimientos
- ✓ Archivo de urgencias
- ✓ Archivo de hospitalizaciones
- ✓ Archivo de recién nacidos
- ✓ Archivo de medicamentos

4.3. Archivo de usuarios: US

Este archivo contiene los datos de los usuarios atendidos en el período reportado; estos se relacionan con su identificación, lugar de residencia y pertenencia al Sistema de Seguridad Social asociados al pagador

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud. El número del código de la Entidad Administradora, debe ser de 6 caracteres.	Validar que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.
Tipo de identificación del usuario.	CC= Cédula ciudadanía CE= Cédula de extranjería CD= Carné diplomático PA= Pasaporte SC= Salvoconducto PE = Permiso Especial de Permanencia RC= Registro civil TI= Tarjeta de identidad CN= Certificado de nacido vivo AS= Adulto sin identificar MS= Menor sin identificar	Para los adultos, mayores o iguales a 18 años de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la Cédula de Ciudadanía. Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con la Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o Salvoconducto. Para los venezolanos se crea el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social. Resolución 3015 de 2017. Los menores entre 7 y 17 años, deben identificarse con la tarjeta de identidad. Para menores de 7 años, el tipo documento será el Registro Civil. Para menores de 3 meses, el tipo documento será el Registro Civil o el certificado de Nacido Vivo. Nota 1. El Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que	• Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, CD, PA, SC, PE, RC, TI, CN, AS, MS. • Si el tipo de documento es TI o CC el campo debe ser numérico. • Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad: - Si la unidad de medida de la edad está expresada en días, el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN. - Si la edad es mayor o igual a 19 años, el tipo de identificación no puede ser RC, TI, MS, CN. Recuerde que se consideró en este caso el período de transición del menor a adulto para el cambio de identificación.



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION																								
		cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años. También aplica para los extranjeros con pasaporte de la ONU para refugiados y asilados. Nota 2. Para el caso de poblaciones especiales, en los cuales la población no está identificada por la Registradora Nacional del Estado Civil, deben ser atendidos como Adulto sin Identificar (AS) y Menor sin Identificar (MS), se debe tener en cuenta la Resolución 4622 de 2016, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US. Nota 3. Para los venezolanos se crea el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social. Resolución 3015 de 2017.	- Si la unidad de medida de la edad es meses el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS. - Si el tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.																								
Número de identificación del usuario del sistema	Un único valor	Los prestadores de servicios de salud - IPS deben tener en cuenta cuando se diligencie el número de identificación la siguiente tabla de longitudes máximas según el tipo de documento, así: <table><thead><tr><th>TIPO</th><th>LONGITUD MÁXIMA</th></tr></thead><tbody><tr><td>CC</td><td>10</td></tr><tr><td>CE</td><td>6</td></tr><tr><td>CD</td><td>16</td></tr><tr><td>PA</td><td>16</td></tr><tr><td>SC</td><td>16</td></tr><tr><td>PE</td><td>15</td></tr><tr><td>RC</td><td>11</td></tr><tr><td>TI</td><td>11</td></tr><tr><td>CN</td><td>9</td></tr><tr><td>AS</td><td>10</td></tr><tr><td>MS</td><td>12</td></tr></tbody></table> Para el caso de extranjeros no identificados, tener en cuenta para componer el número de identificación de la Circular Externa 00012 y 00029 de 2017.	TIPO	LONGITUD MÁXIMA	CC	10	CE	6	CD	16	PA	16	SC	16	PE	15	RC	11	TI	11	CN	9	AS	10	MS	12	Se valida que la longitud sea menor o igual a la máxima permitida para cada tipo de documento.
TIPO	LONGITUD MÁXIMA																										
CC	10																										
CE	6																										
CD	16																										
PA	16																										
SC	16																										
PE	15																										
RC	11																										
TI	11																										
CN	9																										
AS	10																										
MS	12																										
Tipo de usuario	Los valores de este dato quedan así: 1 =Contributivo 2 =Subsidiado 3 =Vinculado 4 =Particular 5 =Otro 6 = Víctima con afiliación al Régimen Contributivo	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. La condición de víctima se acredita, inicialmente, con la validación contra el Registro Único de Víctimas RUV administrado por la Unidad para las Víctimas Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado - UARIV y su inclusión en el comprobador de derechos que expide	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 8																								



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	7 =Víctima con afiliación al Régimen subsidiado 8 =Víctima no asegurado (Vinculado)	mensualmente la SDS – Dirección de Aseguramiento, con base en la información entregada por la UARIV. En el caso de reporte de información de atenciones dentro del Sistema de Riesgos Laborales SRL, solamente se puede diligenciar las opciones 1, 4 o 6. El valor permitido “Otro”, corresponde a usuarios de los Regímenes Especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPETROL, Congreso de la República) o a Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Para el caso de extranjeros no identificados debe diligenciarse el valor “Otro”.	
Tipo de Afiliado	1 = Cotizante 2 = Beneficiario 3 = Adicional	Identificador para determinar la condición del usuario en el SGSSS. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo. En el caso de reporte de información de atenciones dentro del Sistema de Riesgos Laborales SRL, solamente se puede diligenciar la opción 1. Para los demás tipos de usuario dejar en blanco	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla: de 1 a 3.
Código de la ocupación	Tabla de Clasificación internacional de ocupaciones y oficios.	Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo y subsidiado.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango de la tabla.
Edad al momento de la atención	Un único valor.	Este dato se refiere a la edad del usuario en valores enteros, en el momento de la atención.	Se valida que esté dentro de los siguientes rangos: Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120 años. Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11 meses. Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29 días.
Unidad de medida de la edad	1 = Años 2 = Meses 3 = Días	Se registra marcando la opción que corresponda a: años, meses o días.	Se valida que el valor seleccionado en el campo anterior esté dentro de los valores permitidos.
Sexo	M = Masculino F = Femenino	Se registra marcando la opción que corresponda. Se debe tener en cuenta que cuando el sexo es “Masculino” se refiere a la condición física de hombre y cuando es “Femenino” se refiere a la condición física de mujer.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código del departamento de residencia habitual	Un único valor	Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva 6 o más meses viviendo de manera permanente. Se registra el código correspondiente al departamento en la tabla DIVIPOLA.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitido (tabla Departamentos).
Código del municipio de residencia habitual	Un único valor	Igual consideración que para el departamento.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitido (tabla de referencia Municipios).
Zona de residencia habitual	U = Urbana R = Rural	Debe registrarse si la persona reside en zona rural o urbana.	Se valida que esté dentro del rango de valores permitidos.



***Tabla para la identificación de usuarios de salud que no están identificados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, según el Anexo Técnico, tabla 1 de la Resolución 4622 de 2016**

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



4.4. Archivo de consulta: AC

En el archivo de consulta se incluyen las realizadas por los distintos profesionales de la salud, las de primera vez y de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales, de acuerdo a las especificaciones realizadas por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS vigente.

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

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, asignado por la Superintendencia Nacional de salud. El número del código de la Entidad Administradora, deberá ser de 6 caracteres.	Cuando es una EAPB, se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Registrar el número completo del código de doce caracteres, asignado a la IPS en el proceso de habilitación por el ente territorial (SDS). El código del prestador ³ es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, es de 12 caracteres, incluye sedes.	Se valida que se encuentre en la Base de Datos de habilitación. Que sea el mismo registrado en el archivo de control.
Número de la factura	Un valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales.	Que cumpla las reglas de registro de la factura. Un sólo número para contratos de capitación.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha de la consulta	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha en que fue realizada la consulta por el profesional de salud.	Se valida que se use el formato estándar de fecha. Verifica que la fecha de la consulta no supere la fecha actual.
Código de la consulta	Valor único	De acuerdo con la codificación establecida en la "Clasificación única de Procedimientos en Salud – CUPS".	Que exista en la tabla de procedimientos en salud - CUPS ⁴ .

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

⁴ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		Este dato corresponde al código de la consulta, según disciplina (medicina, odontología, enfermería, nutrición, sicología, optometría, etc.), de acuerdo con la clasificación CUPS vigente. Especifica si es de primera vez, o de control y si es general o especializada, cuando aplica. Los códigos que deben usarse son los siguientes: Consulta médica electiva: Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o disfuncionalidad, pero no la percibe como riesgo de agravamiento o muerte se considera que es una consulta electiva, de tipo resolutivo (quiere decir para resolver un problema de salud, un cuadro mórbido o una patología o síndrome). Cuando al usuario se le hace una consulta para valoración y detección temprana de alteraciones o enfermedades, o dentro de una actividad de tamizaje a usuarios con perfil de riesgo, por demanda del usuario o dentro de un programa del cual es referido, o por demanda espontánea (cuando solicita que le hagan un chequeo general, o de su cavidad bucal), se considera una consulta de Promoción y Prevención programable. Los códigos de las consultas no permiten la diferenciación entre resolutivo y promoción y prevención, por lo cual debe complementarse con la variable de finalidad. Para lo anterior, cuando el profesional respectivo realiza una consulta de promoción y prevención utilizará las finalidades de la 04 a la 07 según la edad de la persona o la condición de gestación; en el caso de las personas entre los 10 y 29 años registrará la finalidad 05 y en el caso de los adultos de 30 años y más, se registra con finalidad 07. Los códigos de consulta son los siguientes: - 89.0.2.01: Consulta de primera vez por medicina general: - 89.0.2.02: Consulta de primera vez por otras especialidades médicas: Consulta de control. Cuando el paciente es atendido para hacer un control de su estado de salud, después de haber seguido un tratamiento o procedimiento, confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de ayudas diagnósticas	Cualquier inquietud sobre dicha codificación debe realizarla a través de la página web del Ministerio www.minsalud.gov.co en la sección de "Servicios al ciudadano"



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		realizadas, se considera una consulta de control, y se usan los siguientes códigos: - Consulta de Medicina general de control: 89.0.3.01 - Consulta de Medicina especializada de control: 89.0.3.02 Consulta Médica de urgencias: La que se presta en los servicios de urgencias: - 89.0.7.01: Consulta de urgencia por medicina general: - 89.0.7.02: Consulta de urgencia por medicina especializada Atención (visita) domiciliaria o al sitio de trabajo: Es la consulta que se realiza en el domicilio del usuario, como parte de programas de cuidado domiciliario, o en el sitio de trabajo como parte de las acciones de prevención de riesgos laborales, o de tamizaje por parte de la EPS ó ARL. En este caso se registrará el código CUPS 89.0.1. Específico según el profesional que realiza la atención domiciliaria. - 89.0.1.01: Consulta por medicina general: - 89.0.1.02: Consulta por medicina especializada: Consulta odontológica: - 89.0.2.03: Consulta de primera vez por odontología general: - 89.0.2.04: Consulta odontológica especializada de primera vez: 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: - 89.0.3.04: Consulta odontológica especializada de control: - 89.0.3.03: Consulta odontológica general de control: Consulta odontológica de urgencias: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica de urgencias o a la consulta ambulatoria destinada en franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo más frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata. Para estos casos los códigos a utilizarse son:	



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		- 89.0.7.03: Consulta de odontología general: - 89.0.7.04: Consulta de odontología especializada: Consulta de enfermería: Las consultas que realizan los profesionales de enfermería son de protección específica y detección temprana y los códigos que deben utilizarse son: - 89.0.2.05: Consulta de primera vez por enfermería: - 89.0.3.05: Consulta de control o seguimiento por enfermería: - 89.0.1.05: Atención (visita) domiciliaria por enfermería: Consultas por otros profesionales: Las consultas por otros profesionales se realizan cuando se requiere una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina y su rol en el equipo de salud. Estas consultas se consideran de primera vez. De primera vez: - 89.0.2.06: Nutrición y dietética - 89.0.2.08: Psicología - 89.0.2.07: Optometría - 89.0.2.09: Trabajo Social - 89.0.2.10: Foniatría y fonoaudiología - 89.0.2.11: Fisioterapia - 89.0.2.12: Terapia respiratoria - 89.0.2.13: Terapia ocupacional 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. Consulta de control: - 89.0.3.06: Nutrición y dietética - 89.0.3.07: Optometría - 89.0.3.08: Psicología - 89.0.3.09: Trabajo Social - 89.0.3.10: Foniatría y fonoaudiología - 89.0.3.11: Fisioterapia - 89.0.3.12: Terapia respiratoria - 89.0.3.13: Terapia ocupacional Interconsultas: Las interconsultas son consultas mediante las cuales un médico general o especialista u otro profesional de salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opiniones, juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados	



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		pacientes, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario. Los códigos correspondientes a las interconsultas son: - Del 89.0.4.02 al 89.0.4.13 Junta médica: La junta médica es una consulta que se realiza a un usuario por varios médicos generales o especialistas simultáneamente, con el fin de decidir una conducta de manejo y tratamiento y otorgamiento de derechos para calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral (Decreto 19 de 2012, artículo 142). Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta. Los códigos para la Junta Médica son: - 89.0.5.01: Participación en Junta médica, por medicina general, cuando la Junta Médica sea de médicos generales. - 89.0.5.02: Participación en Junta médica por medicina especializada, cuando la Junta Médica sea de médicos especialistas - 89.0.5.03: Participación en Junta médica por otro profesional de salud, cuando en la Junta Médica participen distintos profesionales. Consulta de Medicina alternativa - 89.0.2.14: Consulta de primera vez por terapias alternativas - 89.0.3.14: Consulta de control o de seguimiento por terapias alternativas Salud mental: La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son: - 89.0.2.08: Consulta de primera vez por psicología - 89.0.2.09: Consulta de primera vez por trabajo social - 89.0.2.84: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría. - 89.0.2.85: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica. - 89.0.2.02: Consulta de primera vez por medicina especializada	



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con: - 89.0.3.08: Consulta de control o seguimiento por psicología - 89.0.3.09: Consulta de primera vez por trabajo social - 89.0.3.84: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría. - 89.0.3.85: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica. - 89.0.3.02: Consulta de control o seguimiento por medicina especializada. Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos: - Del 94.0.1.00 al 94.1.4.00 con finalidad diagnóstica, - De la 94.2.6.00 a la 94.4.9.15 con finalidad terapéutica.	
Finalidad de la consulta	01 = Atención del parto (puerperio) 02 = Atención del recién nacido 03 = Atención en planificación familiar 04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años 05 = Detección de alteración del desarrollo joven 06 = Detección de alteraciones del embarazo 07 = Detección de alteraciones del adulto 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual 09 = Detección de enfermedad profesional 10 = No aplica	La consulta puede ser realizada al usuario con fines de resolución de problemas de salud (diagnósticos y terapéuticos) o de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (detección temprana o protección específica). Los valores del 01 al 08 corresponden a una finalidad de detección temprana o protección específica para el caso de la planificación familiar. La finalidad 10 corresponde a una finalidad RESOLUTIVA, es decir cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o ha sido víctima de un evento de causa externa, tales como accidentes, maltrato, agresión, violencia.	Se valida: 1. Que la finalidad exista en la tabla de finalidad. 2. Si la finalidad es 05 la edad debe estar en el rango de 10 a 29 años.
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico	Los valores del 1 al 12 se refieren a las causas que originaron la atención, como: accidentabilidad, violencia general y violencia intrafamiliar. El valor 13 se refiere a la enfermedad cuya etiología no corresponde a una causa externa, y cae en el	Se valida que la causa externa se encuentre en la tabla de valores permitidos.



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	ámbito de la “enfermedad general”; el 14 corresponde a una posible enfermedad laboral y la 15 a otras causas no contempladas en esta tabla, como podrían ser las demás que incluye la CIE en su décima versión, es decir, las de los capítulos XIX, XX o XXI, letras S, T, U, V, Y o Z.	
Código del diagnóstico principal	Un único valor del diagnóstico: el código de cuatro dígitos.	La afección principal se define como la diagnosticada al final del proceso de atención de la salud o de la consulta, como la causante primaria de la solicitud de atención del paciente. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica causante de la solicitud de la atención de consulta. Todo diagnóstico principal referido a riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.	Campo obligatorio. Cualquier inquietud sobre dicha codificación debe realizarla a través de la página web del Ministerio www.minsalud.gov.co en la sección de “Servicios al ciudadano”. A continuación, se citan ejemplos en los cuales hay consultas que siendo finalidad 10 pueden tener códigos Z en el Dx Principal: 1. Consultas de valoración de donantes potenciales de órganos o tejidos (DX CIE 10: Z00.5). La finalidad es 10 porque no se puede categorizar en ninguna de las demás finalidades. 2. Exámenes para admisión en instituciones educativas. (Dx CIE 10: Z02.0) o para obtención de licencia de conducir (Z02.4). 3. O en cualquier consulta de evaluación médica por sospecha de



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			enfermedades (códigos Z03). 4. Exámenes de seguimiento a tratamiento de tumores, fracturas u otras afecciones. Ya no hay cáncer, pero si hay consultas de seguimiento de rutina hasta por 5 o más años; sería incorrecto poner un dx que ya no tiene la persona. (en este caso el CIE 10 contempla los códigos Z 08 y Z09. 5. Consultas de anticoncepción. La persona está sana y consulta no porque tenga un evento o enfermedad o riesgo; ni es una consulta de detección temprana y protección específica. (en estos casos también hay códigos CIE 10 que inician en Z).
Código del diagnóstico relacionado No. 1	Un valor único: código alfanumérico de cuatro dígitos	Otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección principal, y/o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud.	Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención. Si existe, se verifica que esté en la tabla de referencia de CIE, 10° revisión⁵.
Código del diagnóstico relacionado No. 2	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	Igual especificación que en el anterior

⁵ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código del diagnóstico relacionado No. 3	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Igual especificación que en el anterior, cuando se requiera.	Igual especificación que en el anterior
Tipo de diagnóstico principal	1 = Impresión diagnóstica 2 = Confirmado nuevo 3 = Confirmado repetido	Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el médico en el momento de la atención.	Se valida que el tipo de diagnóstico corresponda a los valores permitidos en la tabla de Tipo de Diagnóstico.
Valor de la consulta	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento. Si las consultas se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).	Se valida que el campo sea numérico.
Valor de la cuota moderadora	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Corresponde al pago que debe hacer el usuario del servicio, como cuota de recuperación, cuota moderadora o copago. En los dos últimos casos el prestador actúa como recaudador de ingresos a terceros, pues estos dineros corresponden al pagador. Se debe registrar el valor pagado por el usuario.	Se valida que el campo sea numérico.
Valor neto a pagar	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta. Si la consulta se realiza como parte de un paquete de servicios se debe registrar en este campo "0" (cero), y asegúrese que en la factura este el valor total del paquete de servicios.	Se valida que el campo sea numérico.

4.5. Archivo de procedimientos: AP

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

Los procedimientos incluyen la aplicación de vacunas, procedimientos odontológicos incluidos los de Promoción y Prevención (PyP), procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como la terapia física, la terapia respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

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



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Igual regla que para consulta	Cuando es una EAPB, se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Número de la factura	Un valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	Igual validación que para la consulta.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Un valor único	Igual regla que en registro de usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha del procedimiento	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Código del procedimiento	Un valor único	En este campo se registra el código del procedimiento, según corresponda en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) Colombia.	Verifica que el procedimiento exista en la tabla de procedimientos: CUPS ⁶
Ámbito de realización del procedimiento	1 = Ambulatorio 2 = Hospitalario 3 = Urgencias	En este campo se registra en qué ámbito se realiza el procedimiento, es decir, en qué tipo de servicio está siendo atendido el usuario.	Verificar que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.
Finalidad del procedimiento	1 = Diagnóstico 2 = Terapéutico 3 = Protección específica 4 = Detección temprana de Enfermedad general 5 = Detección temprana de Enfermedad laboral	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. 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. Los procedimientos tienen una finalidad de protección específica cuando se realizan para “evitar” una condición de salud específica (embarazo) o una enfermedad (inmuno-prevenible o laboral) mediante la aplicación de un dispositivo o una vacuna. 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.	Verificar que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable.

⁶ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Personal que atiende	1 = Médico (a) especialista 2 = Médico (a) general 3 = Enfermera (o) 4 = Auxiliar de enfermería 5 = Otro	Sólo debe registrarse para el procedimiento: "Atención del parto".	Verificar que el valor seleccionado esté dentro del rango de valores de esa variable, cuando el procedimiento es: atención del parto.
Diagnóstico principal	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Sólo se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos. Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10 ⁷ .	Que el diagnóstico esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.
Diagnóstico relacionado	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos, y sólo cuando en la cirugía se encuentra una condición adicional a la inicialmente identificada, según Reglas de Codificación.	Que el diagnóstico esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.
Complicación	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Se registra según reglas de codificación con CIE 10, cuando surja una complicación directamente relacionada con el procedimiento (el acto quirúrgico, la administración de la anestesia, la aplicación de sangre, líquidos, prótesis u otros).	Que el diagnóstico esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) en los rangos permitidos para edad y sexo.
Valor del procedimiento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos.	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por ese procedimiento. Si el procedimiento se realiza como parte de un paquete de servicios se debe registrar en este campo "0" (cero), y asegúrese que en la factura este el valor total del paquete de servicios.	Se valida que el campo sea numérico.

4.6. Archivo de urgencia con observación: AU

Los datos que conforman el registro de urgencias corresponden a la estancia del paciente en la unidad de observación de urgencias, ocupando una camilla. Cuando sólo se generó la atención inicial de urgencias (consulta de urgencia, procedimientos diagnósticos o terapéuticos) y debe permanecer varias horas en el servicio de urgencias, pero no está bajo observación, no se debe generar este registro en este archivo.

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código de la entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Igual regla que para consulta	Cuando es una EAPB, se valida que el valor se encuentre en la tabla de EAPB y entidades territoriales.

⁷ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			Cuando es una empresa pública o privada, no se valida
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Número de la factura	Un valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales	Igual validación que para la consulta.
Tipo de identificación del usuario	Un valor único	Igual regla que para usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Un valor único	Igual regla que para usuarios	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Fecha de ingreso a observación	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Debe registrarse la fecha en que el usuario ingreso a la unidad de observación, con el formato estándar de fecha. Formato = dd/mm/aaaa	Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual. Debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias.
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	Los valores del 1 al 12 se refieren a las causas externas que originaron la atención, como: accidentabilidad, violencia general y violencia intrafamiliar. El valor 13 se refiere a la enfermedad cuya etiología no corresponde a una causa externa, y cae en el ámbito de la "enfermedad general"; el 14 corresponde a una posible enfermedad laboral y la 15 a otras causas no contempladas en esta tabla, como podrían ser las demás que incluye la CIE en su décima versión, es decir, las del capítulo XIX, XX o XXI, letras T, U, V, Y o Z.	Validar que se encuentre en la tabla de causa externa.
Diagnóstico principal a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Debe registrarse el diagnóstico que justificó la estadía en observación, sea éste un diagnóstico de una patología o uno sintomático. En éste campo no debe ir un diagnóstico de causa externa.	Se valida que esté en tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) ⁸ . Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justifica la atención de urgencias. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener

⁸ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.
Diagnóstico relacionado Nro. 1 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Debe registrarse el diagnóstico relacionado (si lo hay) más próximo al principal, o la causa externa si existe. Ej: Dx de salida: fractura de los huesos de la nariz. Dx relacionado 1: Luxación del maxilar. Dx relacionado 2: V23 Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús.	Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10⁹. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención de urgencia. Iguales validaciones que para Dx a la salida.
Diagnóstico relacionado Nro. 2 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Puede corresponder a: 1) un segundo diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa como se muestra en el anterior ejemplo.	Igual validación a la del diagnóstico relacionado 1.
Diagnóstico relacionado Nro. 3 a la salida	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Puede corresponder a: 1) un tercer diagnóstico relacionado con el principal o de salida, o 2) a la causa externa.	Igual validación a la del diagnóstico relacionado 1.
Destino del usuario a la salida de observación	1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización	Debe seleccionarse uno de los posibles valores de ésta variable.	Si el destino es hospitalización, deberá aparecer un registro de hospitalización en la misma fecha o del día siguiente. Si el destino es igual a 2, implica que el usuario no debe aparecer en AC de urgencias con fecha posterior. Si el destino es igual a 2, implica que el usuario no debe aparecer en AP con fecha posterior a la fecha de salida.
Estado a la salida	1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a)	Señalar si el paciente sale vivo de la observación, o muerto. Si su condición a la salida es ésta última, el siguiente campo no puede ir en blanco.	Que el valor esté en el rango permitido
Causa básica de muerte en urgencias	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	La causa básica de muerte, según la Clasificación Internacional, es la causa primaria que origina la secuencia de hechos que terminaron en la muerte, ya sea una causa externa o una enfermedad. Debe coincidir con	Validar que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2.

⁹ Ídem



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción. Obligatorio si el estado a la salida es = 2	Se valida que el código esté en la tabla de CIE 10. Si este campo no es nulo, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.
Fecha de la salida del usuario de observación	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la fecha en que el paciente termina su estancia en observación, sin importar el número de horas o días que permanezca en este servicio y su destino inmediato.	Validar formato fecha. La fecha de la salida no sea mayor a la actual. La fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.

4.7. Archivo de hospitalización: AH

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

Si el paciente permanece más de seis (6) horas en urgencias y la EAPB exige al prestador la hospitalización, pero no hay camas disponibles, no se puede reportar como hospitalización.

Cuando se realiza una hospitalización obstétrica y se hacen procedimientos relacionados con el parto y hubo un recién nacido, se debe diligenciar el archivo RN, así como todos los RIPS relacionados con las prestaciones individuales de la madre y el recién nacido.

DATO	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Igual regla que para consulta.	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta.	Igual validación que para la consulta.
Número de la factura	Valor único	Corresponde al número de la factura con la cual el prestador de servicios de salud cobra los servicios a la EAPB y entidades territoriales.	Igual validación que para la consulta.
Tipo de documento de identificación del usuario	Tipo de identificación	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Número de identificación del usuario en el sistema	Número de identificación del usuario en el Sistema	Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Vía de ingreso a la institución	1 = Urgencias 2 = Consulta externa o programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la institución	Las opciones 1,2 y 4 se refieren a la misma institución, es decir, si fue atendido en urgencias o consulta programada o si nació en la institución prestadora de servicios de salud. Remitido se refiere a que el paciente proviene de otro servicio en otra institución que no puede ofrecerle los servicios que su condición requiere, y por tanto se remite. Esta remisión está determinada por las condiciones	Si Vía de ingreso = 1, el usuario debe aparecer en AU. Si Vía de ingreso = 1 y no aparece en AU, el usuario debe aparecer en AC con consulta de urgencias Si Vía de ingreso = 2, el usuario debe aparecer en AC,



DATO	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		convenidas con el pagador, por lo general requiere autorización previa.	con consultas generales o especializadas. Si la Vía de ingreso = 4, debe aparecer la hospitalización y el procedimiento parto, de la mamá.
Fecha de ingreso del usuario a la institución	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Se registra la fecha (día, mes y año) en que el paciente ha sido ingresado al servicio de hospitalización. Si el paciente se encuentra en urgencias y lleva 6 horas o más pero el hospital no cuenta con camas disponibles para su hospitalización, se debe seguir registrando como atención de urgencias y no como hospitalización.	Se valida que fecha de ingreso no sea mayor a la fecha actual. Debe ser anterior o igual a la fecha de salida o egreso de urgencias
Hora de ingreso del usuario a la institución	Un valor único: formato hh:mm	Debe registrarse la hora en que el usuario pasa a hospitalización, con el formato estándar de hora militar. Formato = hh:mm (hora militar)	Validar formato hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si Fecha Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a la Hora de Salida
Causa externa	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra	Del 1 al 12 son las causas externas que más interesan para la vigilancia de la salud pública. Si hubiere otras causas externas no contempladas en estas 12, deben seleccionar el valor: 15 otra; y si se requiere una mayor precisión en la causa que originó la atención pueden hacerlo en el campo de diagnóstico relacionado, con los diagnósticos de los capítulos XX o XXI, letras U, V, Y o Z. Los valores 13 y 14 corresponden a las causas de demanda de enfermedad general o laboral.	Validar que el valor registrado se encuentre en el rango de los valores permitidos.
Diagnóstico principal de ingreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Corresponde al diagnóstico que dio origen a la hospitalización: en urgencias, consulta externa o remisión. En éste campo no debe ir un diagnóstico de causa externa.	Se valida que esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) ¹⁰ . Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el

¹⁰ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
			diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justificó el ingreso a servicio hospitalario. Todo diagnóstico principal referido a riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.
Diagnóstico principal de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	El diagnóstico principal de egreso debe ser un diagnóstico confirmado en la mayoría de los casos. Sólo habrá algunos casos en que no se pudo confirmar. Corresponde al diagnóstico que justificó la mayor parte de la estancia hospitalaria. En éste campo no debe ir un diagnóstico de causa externa.	Igual validación a la anterior
Diagnóstico relacionado Nro. 1 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Se valida que esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) ¹¹ . Incluir las otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal de acuerdo con la CIE-10. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE-10 que corresponde a la causa externa asociada a la atención hospitalaria.
Diagnóstico relacionado Nro. 2 de egreso	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Igual validación que la del diagnóstico relacionado 1.
Diagnóstico relacionado Nro. 3 de egreso.	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	Los diagnósticos relacionados son todos aquellos que hacen parte del estado de salud que justificó la estadía en el hospital.	Igual validación que la del diagnóstico relacionado 1.
Diagnóstico de complicación	Un valor único: código alfanumérico	Se diligencia si hubo una complicación.	Se valida que esté en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) ¹² . Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico de la complicación corresponde a la patología básica de la complicación.

¹¹ Ídem.

¹² Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	CÓMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Estado a la salida	1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a)	Señalar si el paciente sale vivo de la hospitalización o muerto. Si su condición a la salida es ésta última, el siguiente campo no puede ir en blanco.	Que el valor esté en el rango permitido
Diagnóstico de la causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres	La causa básica de muerte, según la Clasificación Internacional, es la causa primaria que origina la secuencia de hechos que terminaron en la muerte, ya sea una causa externa o una enfermedad. Debe coincidir con el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción. Obligatorio si el estado a la salida es igual a 2.	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 ¹³ .
Fecha de egreso del usuario de la institución	Un valor único: formato fecha: dd/mm/aaaa	Es la fecha en que el paciente deja el servicio de hospitalización.	Validar formato fecha. La fecha de la salida no sea mayor a la actual. La fecha de salida no puede ser anterior a la fecha de ingreso.
Hora de egreso del usuario de la institución	Un valor único: formato hh:mm	Es la hora en que el paciente deja efectivamente el servicio de hospitalización.	Validar formato hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si la Fecha Ingreso es igual a la Fecha de Salida, la Hora de Ingreso debe ser anterior a la Hora de Salida.

4.8. Archivo de recién nacidos: AN

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

DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
Código entidad administradora de planes de beneficios	Valor único	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Código del prestador de servicios de salud	Único valor: código del prestador. 12 posiciones incluye sedes	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Número de la factura	Un valor único	Igual regla que para consulta	Igual validación que para la consulta.
Tipo de identificación de la madre	CC= Cédula ciudadanía CE= Cédula de extranjería CD= Carné Diplomático PA=Pasaporte RC=Registro civil	La madre ha sido registrada con un documento de identificación al ingreso a la atención de parto y a la hospitalización. Ese mismo tipo de documento se debe colocar en este campo para poder hacer trazabilidad cuando se requiera.	Se valida la estructura. Se valida que el valor seleccionado esté en los

¹³ Ídem.



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
	TI =Tarjeta de identidad AS=Adulto sin identificación MS=Menor sin identificación SC= Salvoconducto		valores permitidos: CC, CE, CD, PA, RC, TI, AS, MS, SC Se valida que el tipo de documento corresponda a la edad.
Número de identificación de la madre en el Sistema	Un valor único	Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios.	Se valida igual que en usuarios
Fecha de nacimiento	Un valor único; formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de nacimiento del recién nacido.	Se valida el formato fecha. Se 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.
Hora de nacimiento	Un valor único: formato hora hh:mm	Es la hora del alumbramiento.	Se valida el formato hora. Se valida que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si la Fecha de Ingreso es igual a la Fecha Salida la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.
Edad gestacional	Un valor único	Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto.	
Control prenatal	1 = Si 2 = No	Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.
Sexo	1= Masculino 2 =Femenino	Identificador del sexo del recién nacido. Se debe tener en cuenta que cuando el sexo es "Masculino" se refiere a la condición física de hombre y cuando es "Femenino" se refiere a la condición física de mujer.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.
Peso	Un valor único	Peso en gramos del recién nacido.	Se valida que sea numérico.
Diagnóstico del recién nacido	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Si el niño presenta alguna patología, se debe colocar un Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Puede ser un diagnóstico presuntivo.	Se valida que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido de la tabla de referencia.
Causa básica de muerte	Un valor único: código alfanumérico de cuatro caracteres.	Si el RN fallece antes de las 24 horas de nacido, y sin que se hubiera hospitalizado por alguna patología, se debe colocar el Código de la causa básica de muerte, según la CIE 10. Debe coincidir con el diagnóstico principal de la causa básica de muerte del Certificado de Defunción.	Se valida que el campo causa básica de muerte no sea nulo, si el estado es igual a 2. Se valida que exista en la tabla de diagnósticos (CIE 10° versión) ¹⁴ .

¹⁴ Para consultarlo favor entrar en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	SOFTWARE MALLA DE VALIDACION
		Debe ser igual a la registrada en el registro de defunción.	Si hubo muerte, la fecha y hora de muerte son variables obligatorias.
Fecha de muerte	Un valor único; formato fecha: dd/mm/aaaa	Fecha de muerte del recién nacido.	Se valida el formato fecha. Se valida que la fecha muerte no sea mayor a la actual. Se valida que la fecha de muerte no sea anterior a la fecha de nacimiento.
Hora de muerte	Un valor único: formato hora hh:mm	Hora de defunción del recién nacido.	Se valida que el formato hora. Que el valor no exceda de: 24 horas ni 60 minutos. Si Fecha de Ingreso es igual a la Fecha de Salida, entonces la Hora de Ingreso debe ser anterior a Hora de Salida.

4.9. Archivo de medicamentos: AM

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

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



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Número de identificación del usuario en el sistema		Igual regla que en registro de usuarios.	Igual validación que en el archivo de usuarios.
Edad	Un único valor.	Este dato se refiere a la edad del usuario en valores enteros, en el momento de la atención.	Se valida que esté dentro de los siguientes rangos: Si la unidad de medida de la edad es 1: El rango va de 1 a 120 años. Si Unidad medida de la Edad es 2, el rango va de 1 a 11 meses. Si Unidad medida de la Edad es 3, el rango va de 1 a 29 días.
Unidad de medida de la edad	1 = Años 2 = Meses 3 = Días	Se registra marcando la opción que corresponda a: años, meses o días.	Se valida que el valor seleccionado en el campo anterior esté dentro de los valores permitidos.
Nombre del medicamento	Descripción textual del medicamento en nombre genérico (denominación común internacional)	Debe diligenciarse para todos los medicamentos administrados al paciente.	Se verifica que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento tenga código o no.
Tipo de medicamento	1 = Medicamento POS 2 = Medicamento no POS	Identificador para determinar la condición del medicamento en el plan de beneficios.	Se verifica que el valor seleccionado esté dentro del rango permitido.
Forma farmacéutica	Descripción textual de la forma farmacéutica del medicamento, según el CUM.	En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato "Forma Farmacéutica", aparece "Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS". Debe leerse "Diligenciable para cualquier tipo de medicamento", según la normatividad vigente.	Se verifica que que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Concentración del medicamento	Descripción textual de la concentración del medicamento, expresada según el CUM.	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se verifica que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Unidad de medida del medicamento	Descripción textual de la Unidad de Medida del medicamento, según el CUM. .	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	Se verifica que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.
Número de unidades	Número de unidades administradas o aplicadas del medicamento	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados. Debe corresponder al número total de dosis o unidades aplicadas o administradas del medicamento.	Se verifica que el campo esté diligenciado siempre, independientemente que el medicamento sea POS o No.



DATO	VALORES PERMITIDOS	COMO REGISTRAR	VALIDACIONES
Valor unitario de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Si se diligencia el número de unidades de medicamento, se valida que este diligenciado el valor unitario del medicamento.
Valor total de medicamento	Un único valor del dato: un número de máximo 15 dígitos	Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.).	Se verifica que la multiplicación de "Número de Unidades" por el "Valor Unitario" sea igual al "Valor total de medicamento".



5. ENVÍO DE LOS ARCHIVOS PLANOS

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Entidades Territoriales, para el envío de los datos deben tener en cuenta la Resolución 1531 de 2014. En la transferencia de datos al Ministerio de Salud y Protección Social, deben

enviar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS - dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, validación y aceptación. Cuando los prestadores hayan transferido Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS - correspondientes a meses anteriores, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán incluirlas en el reporte del mes. Debe enviarse de acuerdo con la especificación dada en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 3374 de 2000.

La presentación de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las EAPB y entidades territoriales a partir del año 2014, se debe realizar a través de la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1. Especificación para el envío de los archivos RIPS por parte de las EAPB y entidades territoriales a través PISIS

Las entidades obligadas a reportar, deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud por medio de archivos comprimidos que contienen los mismos archivos que se vienen reportando actualmente, de acuerdo con la Resolución 3374 de 2000.

a) Especificación del nombre de los archivos.

El nombre de los archivos debe cumplir con el siguiente estándar:

COMPONENTE DEL NOMBRE DE ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO
Módulo de información	RIP	Identificador del módulo de información: RIPS	3	SI
Tipo de Fuente	170	Fuente de la Información - EAPB Entidad Administradora de Planes de Beneficios	3	SI
Tema de información	RIPS	Conjunto de archivos de prestaciones de salud, recién nacidos y medicamentos	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Debe corresponder al último día calendario del mes de las atenciones remitidas al Ministerio de Salud y Protección Social. Ejemplo 20140228.	8	SI
Tipo de Identificación de la Entidad	NI DE DI MU	Tipo de identificación de la entidad reportadora (EAPB) de la información. NI - Si es una empresa EAPB: se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT. DE - Si corresponde a una Dirección Territorial del orden Departamental: se debe especificar DE	2	SI



COMPONENTE DEL NOMBRE DE ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO
		DI - Si corresponde a una Dirección Territorial del orden Distrital: se debe especificar DI MU - Si corresponde a una Dirección Territorial del orden municipal : se debe especificar MU		
Número de Identificación de la Entidad Reportante	999999999999	Número de identificación de la EAPB y entidades territoriales. que envía los archivos, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior: - Si el tipo de identificación de la EAPB es NI diligencie el Número de NIT para la EPS o aseguradora, sin dígito de verificación. - Si el tipo de identificación de la EAPB es DE diligencie el Código DIVIPOLA del DANE para el departamento de 2 caracteres - Si el tipo de identificación de la EAPB es DI diligencie el Código DIVIPOLA del DANE para los distritos de 2 caracteres - Si el tipo de identificación de la EAPB es MU diligencie el Código DIVIPOLA del DANE para los municipios de 2 caracteres para el departamento y tres caracteres para el municipio Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Por Ejemplo: 000860999123 000000011001 000000000025	12	SI
Régimen	C S O	Régimen al cual corresponde la información reportada en el archivo: C régimen contributivo S régimen subsidiado O otros regímenes	1	Si
Consecutivo de archivo	99	Corresponde al número consecutivo que la entidad asigna al archivo consolidado de prestaciones; es usado para distinguir de manera única cada archivo enviado. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo.	2	SI
Extensión del archivo	.DAT	Extensión del archivo.	4	SI



Nombres de los archivos comprimidos:

TIPO DE ARCHIVO	NOMBRE DEL ANEXO TÉCNICO	EJEMPLOS DE NOMBRES DE ARCHIVO	LONGITUD DEL NOMBRE
Registros individuales de prestaciones de salud	RIP170RIPS	RIP170RIPSAAAAMDDNXXXXXXXXXXXXC99.DAT RIP170RIPSAAAAMDDNXXXXXXXXXXXXS99.DAT RIP170RIPSAAAAMDDNXXXXXXXXXXXXO99.DAT RIP170RIPSAAAAMDDDEXXXXXXXXXXXXXO99.DAT RIP170RIPSAAAAMDDIXXXXXXXXXXXXXO99.DAT	39

b) Contenido del archivo comprimido.

El archivo comprimido debe cumplir con las siguientes características:

- ✓ Debe ser un archivo comprimido mediante el formato ZIP, con extensión cambiada a .DAT.
- ✓ Cada archivo comprimido debe contener los siguientes archivos planos y las estructuras de estos archivos son las descritas en el Anexo Técnico de la Resolución 3374 de 2000, así:

NOMBRE ARCHIVO PLANO	TIPO DE ARCHIVO	PERIODO DEL ARCHIVO
CTMMAAAA	CT Archivo de control	El nombre del archivo contiene el mes y año de reporte, así: MM: mes AAAA: año. El mes y año de estos archivos debe ser coherente con el año y mes de la fecha de corte del nombre del archivo comprimido que los contiene. Ejemplo de un nombre del archivo comprimido: RIP170RIPS20140731NXXXXXXXXXXXXC99.DAT
USMMAAAA	US Archivo de usuarios	
APMMAAAA	AP Archivo de procedimientos	
ACMMAAAA	AC Archivo de consultas	
AHMMAAAA	AH Archivo de hospitalización	El archivo anterior debe contener los siguientes archivos planos con extensión txt: US072014.txt AP072014.txt AC072014.txt AH072014.txt AU072014.txt AN072014.txt AM072014.txt
AUMMAAAA	AU Archivo de urgencias	
ANMMAAAA	AN Archivo de recién nacidos	
AMMMAAAA	AM Archivo de medicamentos	

5.2. Envío de datos RIPS, a través de la plataforma PISIS

Una vez armado los archivos de acuerdo con las diferentes estructuras de datos de la Resolución 3374 de 2000, el paso siguiente es remitir los archivos al Ministerio por la plataforma PISIS.

La plataforma PISIS, en el momento de recibir los archivos, automáticamente reportará el recibo de los mismos a la entidad Obligada a reportar RIPS.

Para hacerlo correctamente se debe seguir los siguientes pasos:

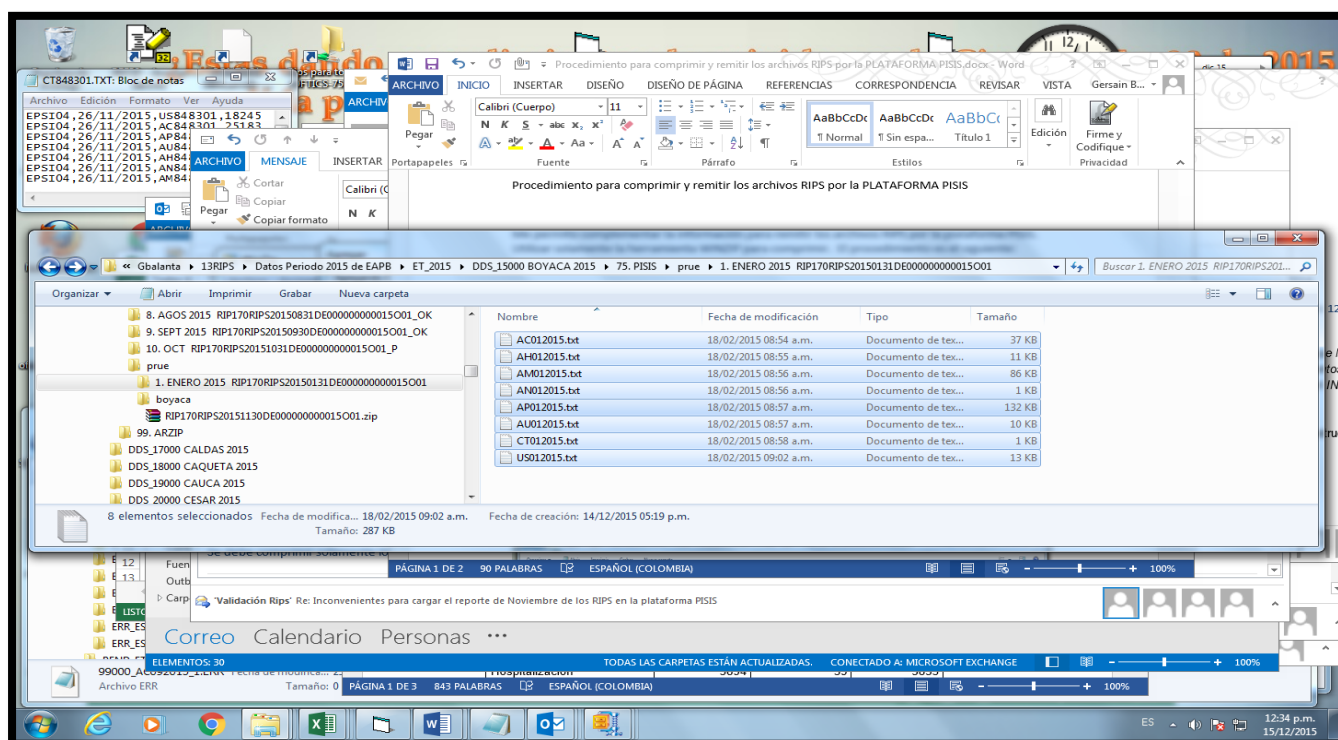
Se debe utilizar únicamente la herramienta WINZIP para comprimir los diferentes archivos de atenciones en salud que son (CT, US, AC, AP, AH, AU, AN, AM), de la siguiente manera:



- ✓ No se debe comprimir la carpeta que contiene los archivos de atenciones realizadas.
- ✓ Se debe crear una carpeta con el nombre de acuerdo con la Resolución 1531 de 2014.
- ✓ Se deben incluir en la mencionada carpeta los archivos de atenciones, usuarios y control que reportará al Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Al interior de la carpeta, seleccionar los archivos que reporta.
- ✓ Hacer clic derecho, utilizar WINZIP en la opción # 2 “Agregar a”, aparece el nombre de la carpeta y a continuación damos clic para generar el archivo .zip.
- ✓ Cambiar el nombre del archivo .zip a .DAT, de acuerdo con la Resolución 1531 de 2014.
- ✓ Remitir el archivo por la plataforma PISIS.

Las siguientes imágenes del proceso le permitirán comprender el proceso paso a paso.

Paso 1. Seleccione la carpeta donde se encuentran los archivos.

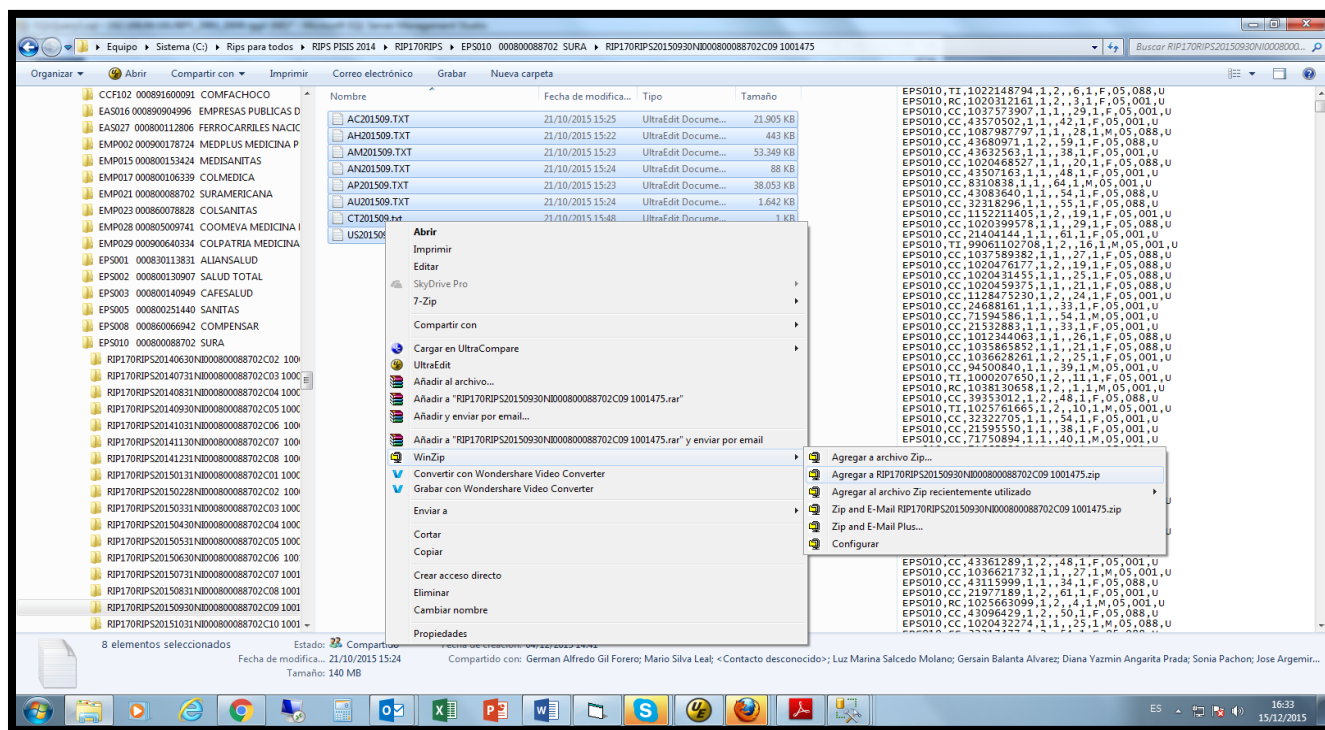




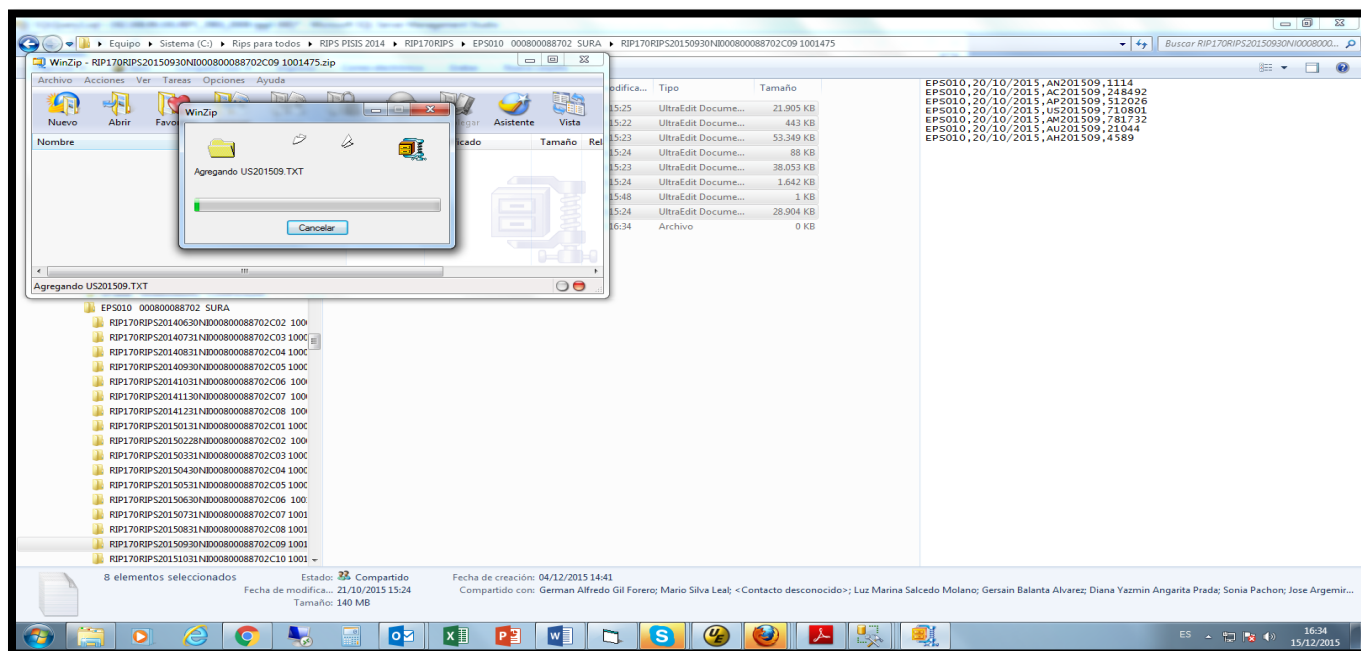
La salud
es de todos

Minsalud

Paso 2. Utilizar WINZIP en opción #2 “Agregar a” aparece el nombre de la carpeta.



Paso 3. Al hacer clic comienza el proceso de comprimido.

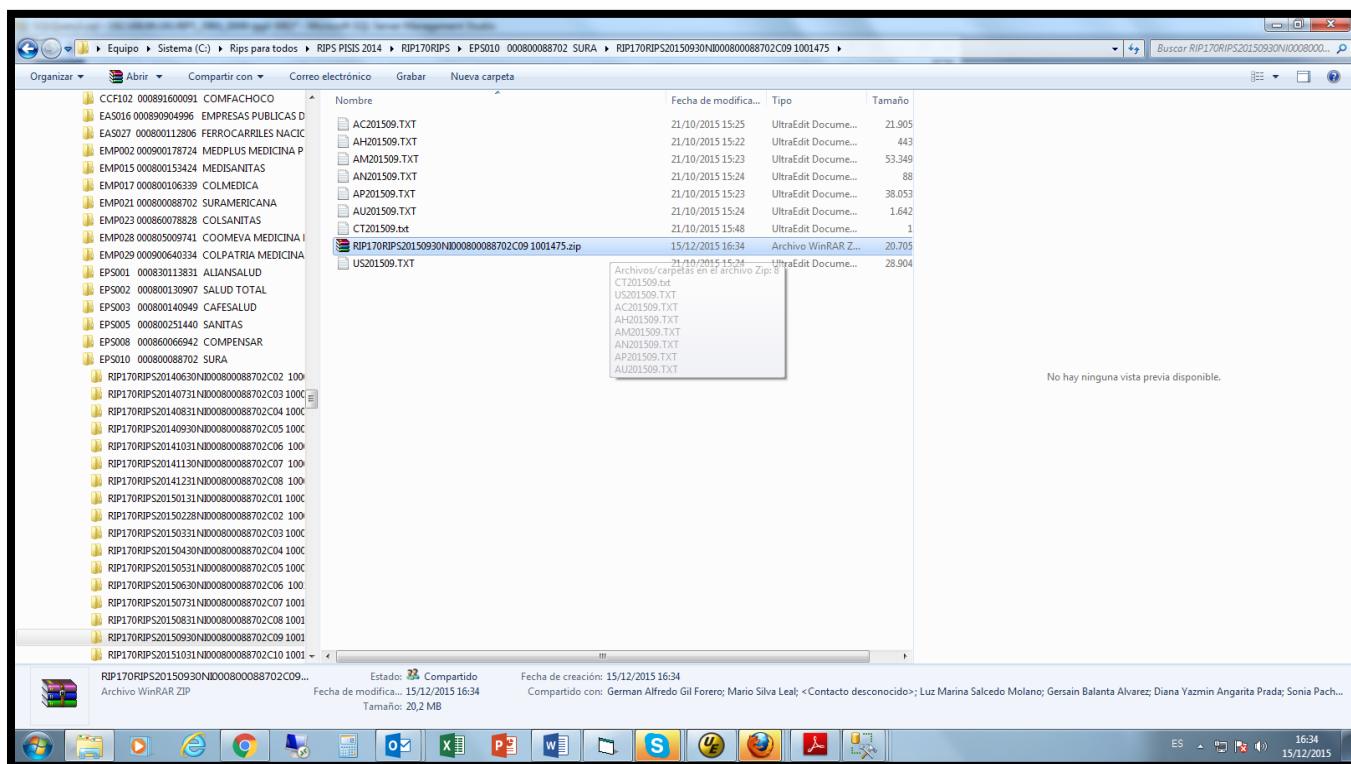




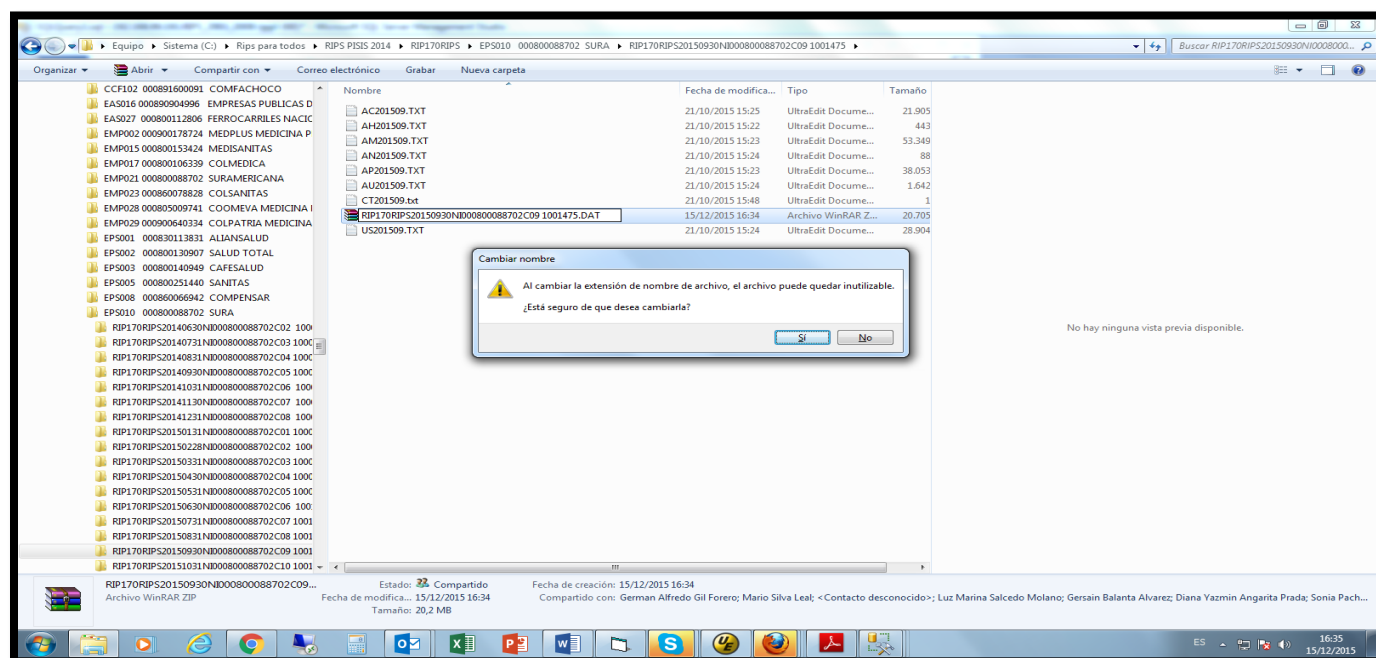
La salud
es de todos

Minsalud

Paso 4. Verifique que aparezca en el directorio el archivo .ZIP creado.



Paso 5. Cambie el nombre del archivo .ZIP a .DAT, de acuerdo con la Resolución 1531 de 2014 para remitirlo por la plataforma SIS.





En el evento en que una EAPB requiera enviar archivos de periodos anteriores al vigente, debe tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- a. Generar un archivo por cada periodo no reportado, con las mismas características a las definidas en la resolución 1531 de 2014.
- b. Diferenciar los archivos por medio del nombre cambiando únicamente el consecutivo del mismo
- c. El consecutivo de archivos es mensual, luego siempre debe comenzar con el 01, y este (el 01) debe corresponder al periodo vigente para el reporte de RIPS.
- d. Los archivos antes de la compresión, es decir los definidos en la resolución 3374 de 2000, deben tener el periodo vigente de reporte, no importando las fechas de los datos reportados.
- e. Por control de envío de las EAPB y del Ministerio de Salud y Protección Social, se debe enviar un correo al email: rips@minsaud.gov.co, informando sobre los archivos reportados en un periodo y a cual corte de datos RIPS corresponde.

Ejemplo: Si el periodo vigente de reporte es noviembre de 2018, y la EAPB no ha reportado los cortes de septiembre y octubre de 2018, se debe hacer los siguiente:

- Generar los datos de atenciones de la vigencia noviembre de 2018, comprimirlos y en el nombre del archivo colocar como consecutivo el 01, así RIP170RIPS20181130NI000999999999O01.dat.
- Los archivos antes de comprimir se deben llamar: AP112018, US112018, CT112018, AC112018, AT112018 dependiendo de los servicios de salud reportados.
- Para el periodo de octubre de 2018, debo generar los datos de atenciones de la vigencia octubre de 2018, comprimirlos y en el nombre del archivo colocar como consecutivo el 02, así RIP170RIPS20181130NI000999999999O02.dat.
- Los archivos antes de comprimir se deben llamar: AP112018, US112018, CT112018, AC112018, AT112018 dependiendo de los servicios de salud reportados, igual que para el 01, de lo contrario se generará un error del periodo reportado.
- Para el periodo de octubre de 2018, debo generar los datos de atenciones de la vigencia septiembre de 2018, comprimirlos y en el nombre del archivo colocar como consecutivo el 03, así RIP170RIPS20181130NI000999999999O03.dat.
- Los archivos antes de comprimir se deben llamar: AP112018, US112018, CT112018, AC112018, AT112018 dependiendo de los servicios de salud reportados, igual que para el 01, de lo contrario se generará un error del periodo reportado.
- Luego de ser dispuestos los tres archivos, previa las validaciones de la plataforma PISIS, se debe enviar un correo al email: rips@minsaud.gov.co, informando lo siguiente:

Se reportó para el corte de RIPS del 30 de noviembre de 2018 los siguientes archivos, correspondientes a los siguientes cortes:

- RIP170RIPS20181130NI000999999999O01.dat. correspondiente al corte noviembre de 2018
- RIP170RIPS20181130NI000999999999O02.dat. correspondiente al corte octubre de 2018
- RIP170RIPS20181130NI000999999999O03.dat. correspondiente al corte septiembre de 2018

Nota: el correo solo se debe enviar en el evento en que se envíe más de un archivo en el periodo vigente de reporte, este ejemplo también aplica cuando se reporten los errores corregidos de un periodo anterior al vigente.



5.3. Proceso de validación y cargue

Las validaciones de estructura de los datos se realizan automáticamente en el computador de la EAPB, mostrándole directamente en pantalla los errores de estructura presentados. Las validaciones del negocio las realizará en el servidor del Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado de la validación será enviado directamente al correo inscrito de las entidades que reportaron el dato. El Ministerio de Salud y Protección Social, luego de recibir en su plataforma PISIS los archivos reportados por las entidades obligadas a reportar archivos de RIPS, validará de manera automática los archivos recibidos.

Tenga en cuenta que:

- ✓ Los datos que pasen todas las validaciones, serán enviados a la Bodega de Datos de SISPRO, al siguiente mes de reporte al Ministerio.
- ✓ Los errores presentados en un periodo deben ser corregidos y deben enviarse en procesos de envío posteriores.
- ✓ Se pueden reportar archivos de datos RIPS del primero al último día calendario del periodo activo para reporte.



CONTÁCTESE CON LA MESA DE AYUDA

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

http://www.sispro.gov.co/recursosapp/Pages/Mesa_Ayudas.aspx

Descargue el documento de lineamientos desde el Portal Web:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips#k=rips o desde el Repositorio Institucional Digital - RID.

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