



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 3374 DE 2000

(27 DE DICIEMBRE 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

LA MINISTRA DE SALUD,

en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Ministerio de Salud reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud.

Que se hace necesario regular, estandarizar y racionalizar el esfuerzo institucional en la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados.

Que compete al Ministerio de Salud establecer los datos básicos que deben generar los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los servicios individuales de salud prestados y facturados a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, la definición, estructura, flujo y almacenamiento de los mismos, la administración y disposición de la información y las responsabilidades que les compete a los distintos participantes del SGSSS obligados a reportar al Sistema Integral de Información de Salud.

RESUELVE:

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

ARTÍCULO PRIMERO.- Definiciones: Para efectos de la presente Resolución, se entenderá por:

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

1. **Prestación individual de servicios de salud:** Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, ó por fuera de éste.
2. **Entidades administradoras de planes de beneficios:** Son las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios en regímenes especiales de seguridad social.
3. **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -:** Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- esta conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

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

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.

Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de éstos.

4. Procesos informáticos: Los procesos informáticos son los siguientes:

- **Actualización:** Consiste en el registro primario del dato, la modificación, la eliminación y el ingreso de éstos a medios magnéticos ó electrónicos.
- **Validación:** Consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; la correspondencia con los valores y la referencia cruzada entre variables.
- **Organización:** Consiste en el ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud que genera la institución de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución.
- **Administración de los datos:** Consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos y en el establecimiento de los niveles de control y seguridad de los datos.
- **Transferencia de datos:** Consiste en el envío de los datos, utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permita la actualización de los mismos entre las diferentes entidades.
- **Disposición de información:** Consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

5. Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Ambito 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.

CAPÍTULO II**DE LOS DATOS BÁSICOS SOBRE LOS SERVICIOS INDIVIDUALES DE SALUD**

ARTÍCULO TERCERO.- Fuente de los datos sobre prestación individual de servicios de salud: Las fuentes de estos datos son las Facturas de Venta de Servicios y las Historias Clínicas de los pacientes.

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 CUARTO.- De los datos básicos que deben incluir los prestadores de servicios de salud en la descripción específica: De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados.

Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos:

1. Datos relativos a la transacción:

- Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS, asignado por la Dirección Local, Distrital, Departamental de Salud, o por el Ministerio de Salud para las instituciones de su competencia:
 - Nombre o razón social cuando es una persona jurídica o apellidos y nombre del prestador cuando éste es un profesional independiente
 - Tipo de documento de identificación del prestador
 - Número del documento de identificación del prestador
 - Número de la factura
 - Fecha de expedición de la factura
 - Fecha de inicio del período de la facturación enviada
 - Fecha de finalización del período de la facturación enviada
 - Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura
 - Número de contrato, cuando se requiera
 - Plan de beneficios
 - Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)
 - Valor del pago compartido (Copago)
 - Valor de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional
 - Valor de descuentos
 - Valor neto a pagar por la entidad contratante

2. Datos relativos al servicio de salud y a los valores facturados:

Los datos específicos correspondientes a la prestación de servicios individuales de salud a los usuarios deben reportarse en forma unitaria, en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, con los siguientes datos:

❖ ***Datos de identificación de usuarios***

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

Cuando los servicios de salud se presten a personas que se encuentren afiliadas al SGSSS, bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado, se deben diligenciar los siguientes datos:

- Tipo y número de identificación del usuario
- Tipo de usuario

Para todos los usuarios de los demás planes de beneficios o eventos especiales, se deben diligenciar, además de los anteriores, los siguientes:

- Apellidos
- Nombres
- Edad
- Unidad de medida de la edad
- Sexo
- Departamento y municipio de residencia habitual del usuario
- Zona

❖ ***Datos de la Consulta:***

- Fecha de la consulta
- Número de autorización, cuando se requiera
- Código de consulta
- Finalidad de la consulta
- Causa externa que originó la consulta
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado No. 1
- Diagnóstico relacionado No. 2
- Diagnóstico relacionado No. 3
- Tipo de diagnóstico principal
- Valor de la consulta
- Valor de la cuota moderadora
- Valor neto a pagar por la entidad administradora del plan de beneficios

❖ ***Datos de los procedimientos***

- Fecha del procedimiento

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

- Número de autorización, cuando se requiera
- Código del procedimiento
- Ambito de realización del procedimiento
- Finalidad del procedimiento
- Personal que atiende, el cual aplica exclusivamente cuando el procedimiento es relacionado con el parto
- Diagnóstico principal, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico relacionado, solo para procedimientos quirúrgicos
- Complicación (cuando ocurra dentro de un procedimiento)
- Forma de realización del acto quirúrgico
- Valor del procedimiento

❖ ***Datos de la prestación individual de servicios de urgencia con observación***

- Fecha de ingreso a observación
- Hora de ingreso a observación
- Número de autorización, cuando se requiera para continuar con el servicio de urgencia
- Causa externa
- Diagnóstico principal a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida
- Diagnostico relacionado No. 2, a la salida
- Diagnostico relacionado No. 3, a la salida
- Destino del usuario a la salida de observación
- Estado a la salida
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de salida de observación
- Hora de salida de observación

❖ ***Datos de hospitalización***

- Vía de ingreso a la institución
- Fecha de ingreso

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

- Hora de ingreso
- Número de autorización, cuando se requiera
- Causa externa
- Diagnóstico principal de ingreso
- Diagnóstico principal de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso (si se requiere)
- Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso (si se requiere)
- Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso (si se requiere)
- Diagnóstico de la complicación (si ocurriera)
- Estado a la salida
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de egreso
- Hora de egreso

❖ ***Datos de recién nacidos***

- Fecha de nacimiento
- Hora del nacimiento
- Edad gestacional
- Control prenatal
- Sexo
- Peso
- Diagnóstico del recién nacido
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de muerte
- Hora de muerte

❖ ***Datos de medicamentos:***

Medicamentos del POS

- Código del medicamento
- Tipo de medicamento

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

- Número de unidades aplicadas o administradas del medicamento
- Valor unitario
- Valor total

Medicamentos fuera del POS

- Número de autorización, cuando se requiera
- Código del medicamento
- Nombre genérico del principio activo (medicamento)
- Forma farmacéutica
- Concentración
- Unidad de medida
- Número de unidades administradas o aplicadas
- Valor unitario
- Valor total

❖ **Datos de otros servicios**

- Número de autorización
- Tipo de servicio
- Código del servicio
- Nombre del servicio
- Cantidad
- Valor unitario del material, insumo, traslado, honorarios o estancias
- Valor total del material, insumo, traslado, honorarios o estancias

ARTÍCULO QUINTO.- De los datos básicos que deben reportar las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud, sobre la prestación individual de servicios de salud: Los datos básicos que deben reportar las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud, en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, son los siguientes:

❖ **Datos de identificación:**

- Código de la entidad administradora de planes de beneficios
- Tipo de identificación del usuario
- Número de identificación del usuario
- Tipo de usuario

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

- Tipo de afiliado
- Ocupación
- Edad
- Unidad de medida de la edad
- Sexo
- Departamento y municipio de residencia habitual del usuario
- Zona de residencia habitual

❖ **Datos de la consulta:**

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Fecha de la consulta
- Código de la consulta
- Finalidad de la consulta
- Causa externa que originó la consulta
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado No. 1
- Diagnóstico relacionado No. 2
- Diagnóstico relacionado No. 3
- Tipo de diagnóstico principal
- Valor de la consulta
- Valor de la cuota moderadora
- Valor neto a pagar por la entidad administradora del plan de beneficios

❖ **Datos de los procedimientos:**

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Fecha del procedimiento
- Código del procedimiento
- Ambito de realización del procedimiento

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

- Finalidad del procedimiento
- Personal que atiende, exclusivamente cuando el procedimiento sea relacionado con el parto
- Diagnóstico principal, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico relacionado, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico de la complicación (cuando ocurra dentro de un procedimiento)
- Valor del procedimiento

❖ **Datos del servicio de urgencia cuando incluye observación:**

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Fecha de ingreso a observación
- Causa externa
- Diagnóstico principal a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 2, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 3, a la salida
- Destino del usuario a la salida de observación
- Estado a la salida
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de salida

❖ **Datos de la hospitalización:**

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Vía de ingreso a la institución
- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Causa externa
- Diagnóstico principal de ingreso
- Diagnóstico principal de egreso

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

- Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso
- Complicación (cuando ocurra)
- Estado a la salida
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de egreso
- Hora de egreso

Cuando la hospitalización haya sido relacionada con el parto, se deberán reportar los siguientes datos sobre el recién nacido:

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Tipo y número de identificación de la madre
- Fecha de nacimiento
- Hora del nacimiento
- Edad gestacional
- Control prenatal
- Sexo
- Peso
- Diagnóstico del recién nacido
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de muerte
- Hora de la muerte

❖ ***Datos de medicamentos:***

Medicamentos del POS

- Código del prestador de servicios de salud
- Número de la factura
- Código del medicamento
- Número de unidades aplicadas o administradas del medicamento

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

- Valor unitario

- Valor total

Medicamentos fuera del POS

- Código del medicamento

- Nombre genérico del principio activo (medicamento)

- Forma farmacéutica

- Concentración

- Unidad de medida

- Número de unidades administradas o aplicadas

- Valor unitario

- Valor total

CAPÍTULO III

DE LA ESTRUCTURA Y EL FLUJO DE LOS DATOS

ARTÍCULO SEXTO.- Estructura y transferencia de los datos: Los datos de la descripción específica de los servicios prestados, junto con los demás requisitos de la factura, que establece el Estatuto Tributario, en los artículos 617 y 618 que los prestadores de servicios de salud envíen a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deben estar contenidos en medio magnético, con la estructura y características que se definen en esta Resolución y que se especifican en el Anexo Técnico, que hace parte de la misma.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios ni cualquier otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrá modificar, reducir o adicionar los datos a que se refiere esta Resolución, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias de los prestadores de servicios de salud, puedan tener información adicional para su propio uso.

ARTÍCULO SÉPTIMO.- De los soportes sobre la prestación individual de servicios de salud que deben acompañar las facturas de venta: Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS - en medio magnético, deberán presentarse conjuntamente con las facturas de venta y con los siguientes soportes:

1. Copia de la epicrisis firmada por el médico tratante o responsable de la prestación del servicio de salud, para las de urgencia con observación, para la hospitalización, para los servicios de salud de alto costo, o que sean objeto de reaseguro.
2. En los casos de reclamaciones por accidentes de tránsito, eventos catastróficos, actos terroristas o accidentes de trabajo, además de la epicrisis deben presentar los específicos que establezcan las normas vigentes al momento de la facturación.

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

Parágrafo.- La entidad administradora de planes de beneficios, solo podrá solicitar por excepción la copia de toda o parte de la historia clínica, cuando se trate de servicios de salud de alto costo o servicios reasegurados.

ARTÍCULO OCTAVO.- Flujo de datos: Los datos a que se refiere la presente Resolución serán remitidos por los prestadores de servicios de salud a las entidades administradoras de planes de beneficios, como parte de la factura de venta por los servicios prestados, y éstas los remitirán al Ministerio de Salud, para su consolidación en el Sistema Integral de Información en Salud.

Los datos por la prestación de servicios individuales de salud cubiertos con recursos de oferta, deben ser enviados por el prestador del servicio a la dirección local de salud respectiva. Las direcciones locales de salud deben enviarlos al Ministerio de Salud.

En los casos en que se haya realizado contratación por capitación, los prestadores de servicios de salud están obligados en igual forma, a registrar y enviar mensualmente los datos sobre los servicios efectivamente prestados a la entidad administradora del plan de beneficios en salud, con la misma estructura definida en esta Resolución. La entidad administradora del plan de beneficios debe enviar los datos al Ministerio de Salud.

Los datos de la prestación individual de servicios de salud pagados particularmente por los usuarios deben ser enviados por los prestadores de servicios de salud a las direcciones locales de salud, de acuerdo con el estándar de datos definido en esta Resolución. Las direcciones locales de salud o quien haga sus veces deben enviarlos al Ministerio de Salud.

Parágrafo.- Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán solicitar a los prestadores de servicios de salud datos adicionales a los definidos en esta Resolución, ni estadísticas o reportes consolidados que puedan ser obtenidos a partir de estos registros.

CAPÍTULO IV

PROCESOS INFORMATICOS EN LA GENERACIÓN DE DATOS BÁSICOS SOBRE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO NOVENO.- Procesos informáticos en los prestadores de servicios de salud: Los prestadores de servicios de salud son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben: i) estandarizar las formas de registro manual ó automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura definida en la presente resolución; ii) hacer el registro de los datos simultáneamente con la prestación del servicio de salud, y iii) garantizar la confiabilidad y validez de los datos.
2. En la validación de los datos, previo a su transferencia, deben verificar la consistencia de éstos, en cuanto a los valores que asumen las variables y la referencia cruzada de las mismas.
3. En la transferencia de datos a las entidades administradoras de planes de beneficios, deben enviar los datos en los respectivos archivos, dentro del mismo mes o en los primeros veinte (20) días del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud.

ARTÍCULO DÉCIMO.- Procesos informáticos en las entidades administradoras de planes de beneficios: Las entidades administradoras de planes de beneficios están

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

obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud; la entrega oportuna al Ministerio de Salud y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados, de manera individualizada.

Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúen como administradoras para la prestación de servicios de salud a la población vinculada y a los beneficiarios del régimen subsidiado cubiertos con servicios de salud por fuera del POS-S, que sean financiados con recursos de oferta, deberán llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de los servicios prestados a la población, dentro de su ámbito territorial.

Estos procesos informáticos también se aplican al manejo de datos sobre prestación de servicios individuales de salud por eventos catastróficos, accidentes de tránsito y riesgos profesionales, sin perjuicio de los demás requerimientos especiales que establezca el Ministerio de Salud, para estos casos.

Para los anteriores efectos, las administradoras de planes de beneficios en salud, y todas las entidades señaladas en el artículo segundo de esta Resolución, son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben recibir la información enviada por los prestadores de servicios de salud, verificar su procedencia y el período reportado e integrar los datos recibidos para conformar la base de datos de prestación de servicios de salud de su población usuaria.
2. En la validación de los datos, deben verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida; que los datos sean consistentes y verificar que los campos de datos estén diligenciados correctamente.
3. En la organización de la información para ser enviada al Ministerio de Salud, deben generar, a partir de su base de datos de prestación de los servicios individuales de salud, los datos organizados que requiere el Sistema Integral de Información del SGSSS. Este proceso de organización, debe incluir los datos que estas generan en forma primaria y que complementan los recibidos de los prestadores de servicios de salud.
4. En la transferencia de datos al Ministerio de Salud, deben enviar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS-, en medio magnético, según el anexo de especificaciones técnicas, que hace parte integrante de esta Resolución.

Las entidades administradoras de planes de beneficios deben transferir 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 de 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, aclarando que dicha información corresponde a otro lapso.

ARTÍCULO UNDÉCIMO.- Procesos informáticos del Ministerio de Salud:

1. En la actualización de datos, el Ministerio de Salud, en forma directa o mediante un operador externo, recibirá la información y actualizará sus bases de datos, integrando periódicamente la información recibida de las entidades administradoras de planes de beneficios para conformar la base de datos de la prestación de servicios de salud, con la información de todo el país.
2. En la validación de datos, el Ministerio de Salud directamente o por intermedio de un operador externo, previo a la actualización de las bases de datos, deberá verificar la

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

procedencia y períodos informados; solicitar a las entidades administradoras de planes de beneficios la información que no haya sido enviada; verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida y que los campos de datos estén diligenciados correctamente.

3. Las inconsistencias identificadas serán reportadas a las entidades administradoras de planes de beneficios para su corrección. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS – corregidos, deberán ser devueltos por las entidades en la misma estructura durante el mes siguiente.
4. En la retroalimentación de información a los organismos de dirección territorial, el Ministerio de Salud enviará trimestralmente a cada dirección departamental de salud, en archivos planos, los datos de los servicios de salud prestados a la población de su departamento, discriminando la información por municipio (lugar de residencia de las personas) y por entidades administradoras de planes de beneficios. Las direcciones departamentales deberán entregar la información a sus respectivos municipios, con una periodicidad no mayor de cuatro (4) meses.
5. La información de cada municipio contendrá los datos de la prestación individual de servicios de salud a la población cubierta por el régimen contributivo en cada EPS, los prestados dentro del POS-S a la población cubierta por el régimen subsidiado, los prestados por fuera del POS-S a la población beneficiaria del régimen subsidiado, los correspondientes a la población vinculada, financiados con recursos de oferta y los originados por eventos catastróficos.
6. El Ministerio de Salud generará periódicamente la información consolidada y agrupada, a nivel nacional, para uso común de todos los participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO DUODÉCIMO.- Vigencia: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación, surte efectos a partir del 1º de abril del año 2001, y deroga las Resoluciones 2546 de 1998, 1958 de 1999 y 1832 de 1999.

Parágrafo.- La fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución para los profesionales que presten en forma independiente servicios de salud, es el 1º de junio del año 2001, como lo establece la Resolución No. 1077 de 2000.

Dada en Bogotá D.C., a los

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

SARA ORDOÑEZ NORIEGA
Ministra de Salud

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

ANEXO TECNICO No. 1

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA TRANSFERENCIA DE DATOS SOBRE PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD

De conformidad con lo establecido en ésta resolución y con el fin de unificar la estructura de datos sobre la prestación individual de servicios de salud, para la transferencia en medio magnético, se imparten las siguientes instrucciones:

1. Especificaciones técnicas para la identificación de medios de envío.

❖ Identificación externa del medio magnético

Todos los medios de envío externamente deberán tener una identificación con el siguiente contenido:

| Dato | Descripción |
|--|--|
| Código de la entidad que envía los datos | Código asignado a la entidad prestadora de servicios de salud o entidad administradora, según sea el caso |
| Nombre de la entidad que envía los datos | Nombre asignado a la entidad prestadora de servicios de salud o entidad administradora, según sea el caso |
| Número de remisión de los datos | Número consecutivo de cada remisión en el año |
| Fecha de la remisión de los datos | Fecha de la remisión |
| Número del volumen enviado | Identificar el número del volumen de tantos volúmenes enviados. Los volúmenes se refieren a diskettes, cintas, CD's. |
| Nombre del responsable del envío | Nombre completo y legible |
| Teléfono del responsable del envío | Indicativo y número telefónico |

Nota: Para envíos por correo electrónico igualmente se debe enviar los datos de identificación externa como primer mensaje del correo electrónico.

❖ Estándar del archivo plano

Se aceptarán los archivos planos de datos que cumplan el estándar TXT.

❖ Medios magnéticos utilizados

Los medios de almacenamiento de datos que se deben utilizar para el envío de los archivos de datos son los siguientes:

- Disquete de 3.5", alta densidad
- Disquete ZIP, 120 MB
- CD-ROM, 74 min., 650 MB

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

❖ **Características de los archivos planos**

- Los archivos planos deben contener:

Archivo de registros de control:

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

Archivos de registro de datos:

Son los archivos que contienen los datos de las transacciones, de la descripción agrupada de los servicios de salud prestados, de los usuarios, de las consultas, de los procedimientos, de hospitalización, de urgencias, recién nacidos, de medicamentos y de otros servicios.

- Los campos de las variables del archivo deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco) igual se debe incluir el campo separado por comas (,).
- Los campos tipo texto no deben tener ningún tipo de separador, solo se acepta el espacio en blanco. Se aceptarán números de factura que incluyan el carácter guión (-).
- Los campos numéricos que incluyan decimales, deben utilizar como separadores de decimales el punto (.). Los valores deben venir sin separación de miles.
- Los campos del dato fecha deben tener el formato Día/Mes/Año (dd/mm/aaaa), incluido el carácter (/).
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (" "), ni ningún otro carácter especial.
- Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora:minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistemas de veinticuatro (24) horas.
- El número total de registros por cada volumen, no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.

❖ **Nombres de los archivos**

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

Los tipos de archivos son los siguientes:

CT = Archivo de control
 AF = Archivo de las transacciones
 US = Archivo de usuarios de los servicios de salud
 AD = Archivo de descripción agrupada de los servicios de salud prestados
 AC = Archivo de consulta
 AP = Archivo de procedimientos
 AH = Archivo de hospitalización
 AU = Archivo de urgencias
 AN = Archivo de recién nacidos
 AM = Archivo de medicamentos
 AT = Archivo de otros servicios

RESOLUCIÓN

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

2 Archivos de datos que transfiere la institución prestadora de servicios de salud a la entidad administradora de planes de beneficios en medio magnético.

2.1. Registro de datos para el archivo de control

| Dato | Descripción | Long. | Valor Permitido |
|--|---|-------|--|
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado prestador de servicios de salud | 10 | Tabla de prestador de servicios de salud |
| Fecha de remisión | Fecha de la remisión para el envío de los datos | 10 | Formato: día, mes, año. Dd/mm/aaaa |
| Código del archivo | Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío. | 8 | |
| Total de registros | Total de registro de datos del envío | 10 | |

2.2. Registro de datos relacionados con la transacción AF de los servicios facturados

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|---|--|------|---|
| Identificación de la factura | | | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Razón social o apellidos y nombre del prestador de servicios de salud | | 60 | |
| Tipo de identificación | Tipo de identificación del número de identificación del prestador de servicios | 2 | NI = Número de identificación tributaria – NIT CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte |
| Número de identificación | Número del NIT, cédula o pasaporte con el cual se identifique el prestador de servicios de salud para el cobro de los servicios | 20 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Fecha de expedición de la factura | Fecha de realización de la operación de venta y/o prestación del servicio, según corresponda | 10 | Dd/mm/aaaa |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|-------------|---|
| Fecha de inicio | Fecha de inicio del período de la facturación enviada | 10 | Dd/mm/aaaa |
| Fecha final | Fecha final del período de la facturación enviada | 10 | Dd/mm/aaaa |
| Código entidad administradora | Código asignado al administrador del plan de beneficios en el SGSSS. En blanco cuando hay servicios de salud particulares | 6 | |
| Nombre entidad administradora | Nombre asignado al administrador del plan de beneficios en el SGSSS. En blanco cuando hay servicios de salud particulares | 30 | |
| Número del contrato | Número del contrato celebrado entre la entidad prestadora de servicios de salud y la Entidad Administradora del plan de beneficios, contra la cual se factura. En blanco cuando hay servicios de salud particulares o cuando los servicios prestados no corresponden a una contratación previa | 15 | |
| Plan de beneficios | Descripción textual del plan de beneficios contra el cual se factura. En blanco cuando la contratación no obedece a un plan en particular. | 30 | |
| Número de la póliza | Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), hospitalización y cirugía, u otra. En blanco cuando el servicio prestado no sea contra una póliza | 10 | |
| Valor total del pago compartido (copago) | Valor total del copago por los servicios a los cuales aplique incluidos en la factura | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor de la comisión | Valor total de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional, cuando aplique. | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor total de | Valor total por descuento | 15 | Se utilizarán como separadores de |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|---|--|------|---|
| descuentos | aplicado al valor facturado, cuando aplique. | | decimales el punto (.). |
| Valor neto a pagar por la entidad contratante | Valor neto de factura | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

2.3. Registro de datos para el archivo descripción agrupada de los servicios de salud prestados

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores" | 10 | |
| Código del concepto | Código de las diferentes agrupaciones de servicios de salud que corresponden a una misma clase o naturaleza. | 2 | 01 = Consultas 02 = Procedimientos de diagnósticos 03 = Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos 04 = Procedimientos terapéuticos quirúrgicos 05 = Procedimientos de promoción y prevención 06 = Estancias 07 = Honorarios 08 = Derechos de sala 09 = Materiales e insumos 10 = Banco de sangre 11 = Prótesis y órtesis 12 = Medicamentos POS 13 = Medicamentos no POS 14 = Traslado de pacientes |
| Cantidad | Cantidad de servicios de salud, medicamentos, insumos y materiales, cantidad de días, cantidad de horas, según corresponda a cada concepto | 15 | |
| Valor unitario | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor total por concepto | Valor total de los servicios correspondientes al concepto | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

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

2.4. Registro de datos relacionados con el servicio y el valor

- Registro de datos para el archivo de usuarios de los servicios de salud

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios en salud. Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Código entidad administradora | Código asignado al administrador del plan de beneficios en el SGSSS. En blanco cuando hay servicios de salud particulares | 6 | |
| Tipo de usuario | Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el SGSSS | 1 | 1 = Contributivo 2 = Subsidiado 3 = Vinculado 4 = Particular 5 = Otro |
| Primer apellido del usuario | Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 30 | |
| Segundo apellido del usuario | Segundo apellido o de casada, para las mujeres. Diligenciable cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada. No es obligatorio | 30 | |
| Primer nombre del usuario | Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 20 | |
| Segundo nombre del usuario | Diligenciable cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada. No es obligatorio | 20 | |
| Edad | Edad del usuario al momento de la prestación | 3 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|-----------------------------------|
| | del servicio. Sólo debe diligenciarse obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | | |
| Unidad de medida de la edad | Identificador para determinar la medida de la edad. Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 1 | 1 = Años 2 = Meses 3 = Días |
| Sexo | Identificador para determinar el sexo del usuario del servicio de salud. Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 1 | M = Masculino F = Femenino |
| Código del departamento de residencia habitual | Según la clasificación sociopolítica del DANE. Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 2 | |
| Código de municipios de residencia habitual | Según la clasificación sociopolítica del DANE. Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 3 | |
| Zona de residencia habitual | Identificador para determinar la zona de residencia del usuario. Diligenciable obligatoriamente cuando los servicios se hayan prestado a población vinculada | 1 | U = Urbana R = Rural |

- Registro de datos para el archivo de consulta

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--------------------------------------|--|------|-----------------|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que | 10 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|---|
| salud | se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Fecha de la consulta | Fecha de la consulta | 10 | Dd/mm/aaaa |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la prestación de servicios. En blanco cuando el servicio de salud no requiera autorización. | 15 | |
| Código de consulta | Código de la consulta definido en el Sistema, según los codificadores vigentes. | 8 | |
| Finalidad de la consulta | Objetivo con el cual se realiza la consulta. Aplicable solo para las consultas relacionadas con promoción y prevención | 2 | 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 |
| Causa externa | Identificador de la causa | 2 | 01 = Accidente de trabajo |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| | externa que origina el servicio de salud | | 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Código del diagnóstico principal | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 1 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 2 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 3 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Tipo de diagnóstico principal | Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado ó presuntivo | 1 | 1 = Impresión diagnóstica 2 = Confirmado nuevo 3 = Confirmado repetido |
| Valor de la consulta | Valor de la consulta de acuerdo al tarifario utilizado | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor de la cuota moderadora | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor neto a pagar | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

- Registro de datos para el archivo de procedimientos

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|-------------------------|--|------|-----------------|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de | Código asignado en el SGSSS a los prestadores | 10 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| servicios de salud | de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Fecha del procedimiento | Fecha de realización del procedimiento | 10 | Dd/mm/aaaa |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la prestación de servicios. En blanco cuando el servicio de salud no requiera autorización. | 15 | |
| Código del procedimiento | Código del procedimiento realizado al usuario, según el codificador vigente. | 8 | |
| Ambito de realización del procedimiento | Identificador para determinar el ámbito de realización del procedimiento según la ubicación funcional donde éste se realiza | 1 | 1 = ambulatorio 2 = hospitalario 3 = En urgencias |
| Finalidad del procedimiento | Identificador de la finalidad con que se realiza el procedimiento | 1 | 1 = Diagnóstico 2 = Terapéutico 3 = Protección específica 4 = Detección temprana de enfermedad general 5 = Detección temprana de enfermedad profesional |
| Personal que atiende | Identificador para determinar el personal que atiende el procedimiento. Diligenciable sólo cuando | 1 | 1 = Médico (a) especialista 2 = Médico (a) general 3 = Enfermera (o) 4 = Auxiliar de |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| | se realicen procedimientos relacionados con el parto. Dejar en blanco cuando no aplique | | enfermería 5 =Otro |
| Diagnóstico principal | Código del diagnóstico principal, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Diligenciable sólo para procedimientos quirúrgicos | 4 | |
| Diagnóstico relacionado | Código del diagnóstico relacionado, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Diligenciable sólo para procedimientos quirúrgicos | 4 | |
| Complicación | Código del diagnóstico de la complicación si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. | 4 | |
| Forma de realización del acto quirúrgico | Identificador del tipo de acto quirúrgico para efecto de la liquidación del procedimiento | 1 | 1 = Unico o unilateral 2 = Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad 3 = Múltiple o bilateral, misma vía, igual especialidad 4 = Múltiple o bilateral, diferente vía, diferente especialidad 5 = Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad |
| Valor del procedimiento | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

- Registro de datos para el archivo prestación individual de servicios de urgencia con observación.

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| | | | MS = Menor sin identificación NU= Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Fecha de ingreso del usuario a observación | | 10 | Dd/mm/aaaa |
| Hora de ingreso del usuario a observación | | 5 | Hh : mm |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la prestación de servicios. En blanco cuando el servicio de salud no requiera autorización. | 15 | |
| Causa externa | Identificador de la causa que origina el servicio de salud | 2 | 01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Diagnóstico a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado Nro. 2, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| Diagnóstico relacionado Nro. 3, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Destino del usuario a la salida de observación | | 1 | 1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización |
| Estado a la salida | Identificador para determinar la condición de salida del usuario | 1 | 1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a) |
| Causa básica de muerte en urgencias | Código de la causa básica de muerte, si ocurrió, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el registro de defunción. | 4 | |
| Fecha de salida del usuario de observación | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de salida del usuario de observación | | 5 | hh : mm |

• Registro de datos para el archivo de hospitalización

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|---|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU= Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. Cuando un vinculado no | 20 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|---|--|------|---|
| | presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | | |
| Vía de ingreso a la institución | Identificador para determinar las puertas de entrada del usuario (a) a la institución | 1 | 1 = Urgencias 2 = Consulta externa ó programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la institución |
| Fecha de ingreso del usuario a la institución | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de ingreso del usuario a la institución | | 5 | hh : mm |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la prestación de servicios. En blanco cuando el servicio de salud no requiera autorización. | 15 | |
| Causa externa | Identificador de la causa que origina el servicio de salud | 2 | 01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Diagnóstico principal de ingreso | Código del diagnóstico al ingreso del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico principal de egreso | Código del diagnóstico de egreso del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso | Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado No. | Código del diagnóstico, según la Clasificación | 4 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--------------------------------|
| 2, de egreso | Internacional de Enfermedades vigente | | |
| Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso | Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico de la complicación | Código del diagnóstico de la complicación si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Estado a la salida | Identificador para determinar la condición de salida del usuario | 1 | 1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a) |
| Diagnóstico de la causa básica de muerte | Código de la causa básica de muerte si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el registro de defunción. | 4 | |
| Fecha de egreso del usuario a la institución | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de egreso del usuario a la institución | | 5 | hh : mm |

• Registro de datos para el archivo de recién nacidos

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|---|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Unico de Prestadores" | 10 | |
| Tipo de identificación de la madre | Identificador del tipo de identificación de la madre de acuerdo con su documento de identificación | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU= Número único de identificación |
| Número de identificación de la madre en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación de la madre o el que le asigne la entidad | 20 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|---------------------------------------|--|------|-------------------------------|
| | administradora del plan de beneficios. Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | | |
| Fecha de nacimiento del recién nacido | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de nacimiento | | 5 | hh: mm |
| Edad gestacional | Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto | 2 | |
| Control prenatal | Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal | 1 | 1 = Si 2 = No |
| Sexo | Identificador del sexo del recién nacido | 1 | M = Masculino F = Femenino |
| Peso | Peso en gramos del recién nacido | 4 | |
| Diagnóstico del recién nacido | Código del diagnóstico del recién nacido, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Causa básica de muerte | Código de la causa básica de muerte del recién nacido, si ésta ocurrió en las primeras 24 horas de nacido, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. Debe ser igual a la registrada en el registro de defunción. | 4 | |
| Fecha de muerte del recién nacido | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de muerte del recién nacido | | 5 | hh : mm |

• **Registro de datos para el archivo de medicamentos**

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Tipo de identificación del | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| usuario | | | PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU= Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la administración de medicamentos No POS. En blanco cuando el medicamento no requiera autorización. | 15 | |
| Código del medicamento | Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes Para medicamentos esenciales codificación vigente. Diligenciable obligatoriamente cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Tipo de medicamento | Identificador para determinar la condición del medicamento en el plan de beneficios | 1 | 1 = Medicamento POS 2 = Medicamento no POS |
| Nombre genérico del medicamento | Descripción textual del medicamento en nombre genérico | 30 | |
| Forma farmacéutica | Descripción textual de la forma farmacéutica del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Concentración del medicamento | Descripción textual de la concentración del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Unidad de medida del medicamento | Descripción textual de la unidad de medida del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Número de | Número de unidades | 5 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|-------------------------------|---|------|---|
| unidades | administradas o aplicadas del medicamento | | |
| Valor unitario de medicamento | Valor unitario del medicamento, según los precios pactados | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor total de medicamento | Valor total de los medicamentos, según los precios pactados | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

• Archivo de datos para el archivo de otros servicios

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. Cuando un vinculado no presente documento de identificación asignar el número de historia clínica | 20 | |
| Número de autorización | Número asignado por la entidad administradora del plan de beneficios para controlar la administración de medicamentos No POS. En blanco cuando el material o insumo no requiera autorización. | 15 | |
| Tipo de servicio | Identificador para determinar el tipo de servicio | 1 | 1 = Materiales e insumos 2 = Traslados 3 = Estancias 4 = Honorarios |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--------------------------------------|---|------|---|
| Código del servicio | Código del servicio con el cual el prestador identifica el material o insumo, el traslado, la estancia y los honorarios. Si el servicio se encuentra especificado en el codificador tarifario que este pactado, se debe colocar el código respectivo, de lo contrario, dejar en blanco. | 20 | |
| Nombre del servicio | Nombre del servicio con el cual el prestador identifica el material o insumo, el traslado, la estancia y los honorarios. Si no existe el código del servicio, es obligatorio diligenciar el nombre. | 60 | |
| Cantidad | Cantidad de unidades para materiales e insumos y traslados, cantidad de días para estancia y cantidad de honorarios reconocidos. | 5 | |
| Valor unitario del material e insumo | Valor unitario del material o insumo, del traslado y la estancia, según los precios pactados. No aplicable para honorarios. | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor total del material e insumo | Valor total del material o insumo, del traslado, de la estancia y de los honorarios, según los precios pactados | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

3. Archivos de datos que transfieren las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud.

3.1. Registro de datos para el archivo de control

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Fecha de remisión | Fecha de la remisión de los datos | 10 | Formato: dd/mm/aaaa |
| Código del archivo | Dos caracteres para identificar el tipo de archivo, seis caracteres como máximo para el número de la remisión de envío | 8 | |
| Total de registros | Total de registro de datos del envío | 10 | |

RESOLUCIÓN

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

3.2. Registro de datos para el archivo de valores totales por concepto

| DATO | LONG | VALOR PERMITIDO |
|---|------|-----------------|
| Código entidad administradora del plan de beneficios | 6 | |
| Año | 4 | |
| Mes | 2 | |
| Total pagado por consultas | 15 | |
| Total pagado por procedimientos diagnósticos | 15 | |
| Total pagado por procedimientos quirúrgicos | 15 | |
| Total pagado por procedimientos no quirúrgico | 15 | |
| Total pagado por procedimientos de promoción y prevención | 15 | |
| Total pagado por estancias | 15 | |
| Total pagado por honorarios | 15 | |
| Total pagado por derechos de sala | 15 | |
| Total pagado por materiales y insumos | 15 | |
| Total pagado por banco de sangre | 15 | |
| Total pagado por prótesis y órtesis | 15 | |
| Total pagado por medicamentos POS | 15 | |
| Total pagado por medicamentos no POS | 15 | |
| Total pagado por traslado de pacientes | 15 | |

3.3. Registro de datos relacionados con el servicio y el valor

- Registro de datos para el archivo de usuarios de los servicios de salud

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 1 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. | 20 | |
| Tipo de usuario | Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el SGSSS | 1 | 1 = Contributivo 2 = Subsidiado 3 = Vinculado 4 = Particular 5 = Otro |
| Tipo de afiliado | Identificador para | 1 | 1 = Cotizante |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|-----------------------------------|
| | determinar la condición del usuario en el Sistema. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo. Para los demás tipos de usuario dejar en blanco. | | 2 = Beneficiario 3 = Adicional |
| Código de la ocupación | Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. Diligenciable únicamente para usuarios del régimen contributivo y subsidiado | 3 | |
| Edad | Edad del usuario al momento de la realización del servicio de salud. | 3 | |
| Unidad de medida de la edad | Identificador para determinar la medida de la edad. | 1 | 1 = Años 2 = Meses 3 = Días |
| Sexo | Identificador para determinar el sexo del usuario del servicio de salud. | 1 | M = Masculino F = Femenino |
| Código del departamento de residencia habitual | Según la clasificación sociopolítica del DANE | 2 | |
| Código de municipios de residencia habitual | Según la clasificación sociopolítica del DANE | 3 | |
| Zona de residencia habitual | Identificador para determinar la zona de residencia del usuario. | 1 | U = Urbana R = Rural |

• Registro de datos para el archivo de consulta

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las | 20 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| | disposiciones de la DIAN | | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. | 20 | |
| Fecha de la consulta | Fecha de realización de la consulta | 10 | dd/mm/aaaa |
| Código de consulta | Código de la consulta definido en el Sistema, según los codificadores de procedimientos vigentes. | 8 | |
| Finalidad de la consulta | Objetivo con el cual se realiza la consulta. Aplicable solo para las consultas relacionadas con promoción y prevención | 2 | 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 |
| Causa externa | Identificador de la causa externa que origina el servicio de salud | 2 | 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 |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| | | | 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Código del diagnóstico principal | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 1 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 2 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Código del diagnóstico relacionado No. 3 | Código del diagnóstico confirmado ó presuntivo, según la clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Tipo de diagnóstico principal | Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado ó presuntivo | 1 | 1 = Impresión diagnóstica 2 = Confirmado nuevo 3 = Confirmado repetido |
| Valor de la consulta | Valor de la consulta de acuerdo al tarifario utilizado | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor de la cuota moderadora | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |
| Valor neto a pagar | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

- Registro de datos para el archivo de procedimientos

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de servicios de salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| | | | TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. | 20 | |
| Fecha del procedimiento | Fecha de realización del procedimiento | 10 | dd/mm/aaaa |
| Código del procedimiento | Código del procedimiento realizado al usuario, según el codificador de procedimientos vigente. | 8 | |
| Ambito de realización del procedimiento | Identificador para determinar el ámbito de realización del procedimiento según la ubicación funcional del servicio | 1 | 1 = Ambulatorio 2 = Hospitalario 3 = En urgencia |
| Finalidad del procedimiento | Identificador de la finalidad con que se realiza el procedimiento | 1 | 1 = Diagnóstico 2 = Terapéutico 3 = Protección específica 4 = Detección temprana de enfermedad general 5 = Detección temprana de enfermedad profesional |
| Personal que atiende | Identificador para determinar el personal que atiende el procedimiento. Diligenciable obligatoriamente cuando es un procedimiento de parto | 1 | 1 = Médico (a) especialista 2 = Médico (a) general 3 = Enfermera (o) 4 = Auxiliar de enfermería 5 = Otro |
| Diagnóstico principal | Código del diagnóstico previo a la realización del procedimiento, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. | 4 | Aplicable sólo a procedimientos quirúrgicos |
| Diagnóstico relacionado | Código del diagnóstico posterior a la realización del procedimiento, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. | 4 | Aplicable a procedimientos quirúrgicos |
| Complicación | Código del diagnóstico de la complicación si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. | 4 | |
| Valor del procedimiento | | 15 | Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). |

RESOLUCIÓN

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

- Registro de datos para el archivo de prestación individual de servicios de urgencia con observación

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 2 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios | 20 | |
| Fecha de ingreso a observación | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Causa externa | Identificador de la causa externa que origina el servicio de salud | 2 | 01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Diagnóstico principal a la | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la | 4 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| salida | Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | | |
| Diagnóstico relacionado Nro. 1, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado Nro. 2, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado Nro. 3, a la salida | Código del diagnóstico a la salida del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Destino del usuario a la salida de observación | | 1 | 1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización |
| Estado a la salida | Identificador para determinar la condición de salida del usuario | 1 | 1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a) |
| Causa básica de muerte en urgencias | Código de la causa básica de muerte, si ocurrió, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el registro de defunción. |
| Fecha de salida del usuario de observación | | 10 | dd/mm/aaaa |

• Registro de datos para el archivo de hospitalización

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 1 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|---|
| | | | MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios. | 20 | |
| Vía de ingreso a la institución | Identificador para determinar las puertas de entrada del usuario (a) a la institución | 1 | 1 = Urgencias 2 = Consulta externa ó programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la institución |
| Fecha de ingreso del usuario a la institución | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de ingreso del usuario a la institución | | 5 | hh: mm |
| Causa externa | Identificador de la causa externa que origina el servicio de salud | 2 | 01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra |
| Diagnóstico principal de ingreso | Código del diagnóstico al ingreso del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico principal de egreso | Código del diagnóstico de egreso del usuario, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso | Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso | Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente. | 4 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso | Código del diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Diagnóstico de la complicación | Código del diagnóstico de la complicación si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Estado a la salida | Identificador para determinar la condición de salida del usuario | 1 | 1 = Vivo (a) 2 = Muerto (a) |
| Diagnóstico de la causa básica de muerte | Código de la causa básica de muerte si la hubo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el registro de defunción. |
| Fecha de egreso del usuario a la institución | | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de egreso del usuario a la institución | | 5 | hh : mm |

• Registro de datos para el archivo de recién nacidos

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Tipo de identificación de la madre | Tipo de documento de identificación del usuario | 1 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación de la madre en el | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le | 20 | |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|----------------------------------|---|------|---|
| Sistema | asigne la entidad administradora del plan de beneficios | | |
| Fecha de nacimiento | Fecha de nacimiento del recién nacido | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de nacimiento | | 5 | hh : mm |
| Edad gestacional | Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto | 2 | |
| Control prenatal | Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal | 1 | 1 = Si 2 = No |
| Sexo | Identificador del sexo del recién nacido | 1 | 1 = Masculino 2 = Femenino |
| Peso | Peso en gramos del recién nacido | 4 | |
| Diagnóstico del recién nacido | Código del diagnóstico del recién nacido, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | |
| Causa básica de muerte | Código de la causa básica de muerte del recién nacido, si ésta ocurrió en las primeras 24 horas de nacido, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente | 4 | Debe ser igual a la registrada en el registro de defunción. |
| Fecha de muerte | Fecha de muerte del recién nacido | 10 | dd/mm/aaaa |
| Hora de muerte del recién nacido | | 5 | hh : mm |

- Registro de datos para el archivo de medicamentos

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|--|------|--|
| Código de la entidad administradora del plan de beneficios | Código asignado a la entidad administradora del plan de beneficios | 6 | Tabla de códigos para las administradoras de servicios de salud |
| Código del prestador de servicios de salud | Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" | 10 | |
| Número de la factura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN | 20 | |
| Tipo de identificación del usuario | Tipo de documento de identificación del usuario | 1 | CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte |

RESOLUCIÓN

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

| DATO | DESCRIPCIÓN | LONG | VALOR PERMITIDO |
|--|---|------|--|
| | | | RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación |
| Número de identificación del usuario en el Sistema | Corresponde al número del documento de identificación del usuario o el que le asigne la entidad administradora del plan de beneficios | 20 | |
| Edad | Edad del usuario al momento de la realización del servicio de salud. | 3 | |
| Unidad de medida de la edad | Identificador para determinar la medida de la edad. | 1 | 1 = Años 2 = Meses 3 = Días |
| Nombre del medicamento | Descripción textual del medicamento en nombre genérico. Diligenciable sólo para medicamentos no POS | 30 | |
| Tipo de medicamento | Identificador para determinar la condición del medicamento en el plan de beneficios | 1 | 1 = Medicamento POS 2 = Medicamento no POS |
| Forma farmacéutica | Descripción textual de la presentación del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Concentración del medicamento | Descripción textual de la concentración del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Unidad de medida del medicamento | Descripción textual de la unidad de medida del medicamento. Diligenciable sólo cuando el medicamento es no POS | 20 | |
| Número de unidades | Número de unidades administradas o aplicadas del medicamento | 5 | |
| Valor unitario de medicamento | Valor unitario del medicamento, según los precios pactados | 15 | |
| Valor total de medicamento | Valor total del medicamento, según los precios pactados | 15 | |

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

ANEXO TECNICO No. 2

ESPECIFICACION DE DATOS PARA LA EPICRISIS

El resumen de historia clínica o epicrisis, como soporte de la factura de venta de servicios de salud definida en la presente resolución, debe contener los siguientes datos mínimos, sin perjuicio de los adicionales que los prestadores de servicios de salud decidan registrar.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de epicrisis ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Datos mínimos:

❖ De identificación

- Nombres y apellidos
- Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica
- Edad
- Sexo
- Servicio de ingreso
- Fecha y hora de ingreso
- Servicio de egreso
- Fecha y hora de egreso

❖ Del ingreso

- Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario)
- Estado general al ingreso (especialmente cuando sea una urgencia)
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Revisión por sistemas, relacionada con el motivo que originó el servicio
- Hallazgos del examen físico
- Diagnóstico: incluir los presuntivos, confirmados y relacionados
- Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico

❖ De la evolución

- Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo (se deben incluir complicaciones, accidentes u otro eventos adversos que haya surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización)
- Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico
- Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten

❖ Del egreso

- Diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados
- Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad funcional si la hubiere
- Plan de manejo ambulatorio

❖ Del médico que elaboró la epicrisis

- Nombres y apellidos legibles
- Firma
- Número del registro