

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD****RESOLUCION NUMERO 2546 DE 1998****(Julio 2)**

Diario Oficial No. 43.342, del 17 de julio de 1998

&lt;NOTA DE VIGENCIA: Derogada por la Resolución 3374 de 2000&gt;

Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**LA MINISTRA DE SALUD,**

en ejercicio de sus facultades legales y en especial de las conferidas por los numerales 2 y 3 del artículo **173** de la Ley 100 de 1993 y el artículo **3o.** del Decreto 1292 de 1994,

**CONSIDERANDO**

"Click para digitar el texto del considerando"

**RESUELVE:****CAPITULO I.  
GENERALIDADES**

**ARTICULO 1o. OBJETO.** La presente resolución tiene por objeto definir los datos sobre prestaciones de salud, su estructura y características; establecer los procedimientos para su generación, actualización y administración; y fijar las responsabilidades de las instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, independientemente de su naturaleza jurídica.

**ARTICULO 2o. CAMPO DE APLICACION.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán objeto de aplicación y de obligatorio cumplimiento por parte de: los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud; las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado; los prestadores de servicios de salud; las compañías de seguros que expiden el seguro obligatorio de accidentes de tránsito; y las demás instituciones de salud y seguridad social en salud.

**ARTICULO 3o. DEFINICIONES.** Se adoptan las siguientes definiciones para el Sistema Integral de Información del SGSSS.

Prestaciones de salud. Por prestaciones de salud, en el Sistema Integral de Información del SGSSS, se entienden todas aquellas atenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se prestan a la población como parte de un plan estándar de beneficios del SGSSS, ó de atenciones que se prestan, por fuera de los planes, a personas no afiliadas al Sistema.

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

Entidades administradoras de planes de beneficios. Para el Sistema Integral de Información del SGSSS, las entidades administradoras de planes de beneficios son todas aquellas entidades responsables de la atención de salud de una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del Sistema. Estas son: las entidades promotoras de salud-EPS y las que se asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo - POS; las administradoras del régimen subsidiado-ARS, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado - POS-S; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para las atenciones cubiertas con recursos de oferta; las compañías de seguros para accidentes de tránsito y el FOSYGA para accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

Contenidos mínimos de datos sobre prestaciones de salud. Los contenidos mínimos son un conjunto de datos cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todos los integrantes del Sistema. Se refieren a la identificación del prestador de los servicios de salud, del usuario que recibe la atención, de la atención propiamente dicha y del motivo que generó la atención (diagnóstico y causa externa).

Registro individual de atención. Es el conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención. El Registro Individual de Atención hace parte del proceso de facturación de los servicios de salud.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta: consulta médica general y especializada, odontológica general y especializada y las consultas realizadas por otros profesionales de la salud, según la clasificación de tipos de consulta y especialidades definidos para el Sistema.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos contenidos en los planes de beneficios.

Los datos de hospitalización son los generados en la hospitalización médica, quirúrgica y obstétrica.

Fuente de los datos sobre prestaciones de salud. La fuente de los datos de prestaciones de salud es el proceso de atención en salud a una persona usuaria, de la cual se hace un registro de datos en la historia clínica y se genera un registro individual de atención.

Procesos informáticos. Los procesos informáticos son los siguientes:

- Actualización: consiste en el registro primario del dato, la modificación, eliminación y el ingreso de estos a medios magnéticos o 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 prestaciones de salud que genera la institución, de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información, en términos de registros primarios o consolidados.
- Administración de los datos: consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos del Sistema 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 del sistema.

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

- Disposición de datos: consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

**CAPITULO II.  
DE LOS DATOS**

**ARTICULO 4o. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION.** Los prestadores de servicios de salud en el Sistema Integral de Información deberán diligenciar los registros individuales de atención, como soportes únicos de información de la atención, en forma sistemática y rutinaria de acuerdo con los contenidos mínimos de datos, para el pago de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios.

**PARAGRAFO 1o.** Las administradoras de planes de beneficios sólo podrán solicitar documentos soporte de la prestación del servicio de salud para autorizar su pago, diferentes a los Registro Individuales de Atención, cuando se encuentren inconsistencias en estos, teniendo en cuenta las normas sobre derecho a la intimidad, secreto profesional y ética médica.

**PARAGRAFO 2o.** Los prestadores de servicios, dentro de su propio sistema de información, deben incluir los contenidos mínimos de los registros individuales de atención.

**ARTICULO 5o. IDENTIFICACION DE LA INFORMACION.** Los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán identificar los registros individuales de atención, manuales o automáticos, de acuerdo con la siguiente definición y estructura:

| Dato   | Descripción   | Long. | Valor Permitido   | Diligencia        | Observación   |
|--|---|-------|---|-------------------|---|
| <b>Datos Personales</b>                            |   |       |   |                   |   |
| <b>IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA</b> |   |       |   |                   |   |
| Código de la entidad administradora                | Código asignado a la entidad administradora para su identificación en el Sistema.   | 6     | Tabla de entidades administradoras de planes de beneficios.                       | IPS               | Codificación establecidas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud   |
| <b>IDENTIFICACION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS</b>   |   |       |   |                   |   |
| Código del prestador en el SGSSS                   | Código asignado al prestador de servicios para su identificación en el sistema  | 10    | Tabla de prestadores de servicios de salud.                                       | IPS               | Dos (2) dígitos para el departamento Tres (3) dígitos para el municipio Cinco (5) dígitos para el secuencial del prestador dentro del municipio.  |
| Número de la factura                               | Número asignado por la DIAN para la facturación de servicios por parte de personas jurídicas. Cuando es una persona natural este número debe ser el número consecutivo utilizado para identificar sus cuentas de cobro. | 10    | Todos   | IPS               |   |
| <b>IDENTIFICACION DEL USUARIO</b>                  |   |       |   |                   |   |
| Identificador del usuario.                         | Número de identificación del usuario en el sistema.   | 15    |   | IPS               |   |
| Tipo de usuario                                    | Identificador que determina el tipo de usuario.   | 1     | C = Contributivo<br>S = Subsidiado<br>V = Vinculado<br>P = Particular<br>O = Otro | EPS<br>ARS<br>IPS | Diligenciado por: La EPS, el usuario es contributivo. La ARS, cuando el usuario es subsidiado. La IPS el usuario es vinculado, particular u otro. |
| Tipo de afiliado.                                  | Identificador que determina el tipo de afiliado en el Sistema.  | 1     | C = Cotizante<br>B = Beneficiario<br>A = Adicional                                | EPS               | Diligenciable solo por la EPS para usuarios pertenecientes al régimen contributivo.   |
| Ocupación  | Código de la ocupación del usuario del servicio de salud.   | 3     | Tabla de ocupaciones  | EPS               | Código de la ARS ocupación según la clasificación de la OIT.  |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

|                             |  |   |   |     |  |
|-----------------------------|--|---|---|-----|--|
|                             |  |   |   |     | Diligenciable por la EPS cuando el usuario es contributivo o por la ARS cuando el usuario es subsidiado.   |
| Grupo de atención especial  | Identificador para determinar los grupos poblacionales de atención especial en el Sistema. | 1 | I = Indígena<br>D = Desplazado<br>N = Negro<br>O = Otro   | DLS | Diligenciable por la DLS para grupos de usuarios que se identifican como población con cubrimientos de atenciones de Salud especial.   |
| Unidad de medida de la edad | Identificador que determina el valor de la edad  | 1 | A = Edad en años<br>M = Edad en meses<br>D = Edad en días | IPS |  |
| Valor de la edad            | Edad del usuario al momento de la atención de salud  | 2 |   | IPS | En años cumplidos para mayores de un año. En meses cumplidos para mayores de un mes y menores de un año. En días cumplidos para los menores de un mes  |
| Sexo.                       | Código del sexo del usuario.   | 1 | M = Masculino<br>F = Femenino                             | EPS | Diligenciado ARS por: IPS La EPS, cuando el usuario es contributivo. La ARS cuando el usuario es subsidiado. La IPS cuando el usuario es vinculado, particular u otro.   |
| Residencia habitual         | Código del lugar de residencia habitual del usuario  | 5 |   | EPS | Dos (2) para el ARS departamento. IPS Tres (3) dígitos par el municipio. Según división político administrativa. Diligenciado por: La EPS, para usuarios es contributivos. La ARS para usuarios es subsidiado. La IPS cuando el usuario es vinculado, particular u otro. |
| Zona de residencia          | Código de la característica geográfica del lugar de residencia habitual del usuario.       | 1 | U = Urbano<br>R = Rural                                   | EPS | Diligenciado ARS por: IPS La EPS cuando el usuario es contributivo. La ARS cuando el usuario es subsidiado. La IPS cuando el usuario es vinculado, particular u otro.  |

**ARTICULO 6o. DATOS DE CONSULTA.** Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de consulta con los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo 5, y los de atención y motivo de la consulta, de acuerdo con la siguiente estructura y características:

| Dato                       | Descripción   | Long | Valor  | Dili- | Observación                        |
|----------------------------|---|------|--|-------|------------------------------------|
|                            | Permitido   |      | Gencia-----                                      |       |                                    |
| ATENCION                   |   |      |  |       |                                    |
| Fecha de la atención       | Fecha de realización de la atención de consulta.  | 10   | IPS Día, mes y año.                              |       |                                    |
| Tipo de Consulta           | Código del tipo de consulta definido en el Sistema, según la disciplina profesional que la realice. | 2    | Tabla de tipos de consulta.                      | IPS   | Codificación de tipos de consulta- |
| Código de la especialidad. | Código de la especialidad definido en el Sistema.   | 2    | Tabla de especialidades definidas en el Sistema. | IPS   | Codificación de especialidades     |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

-----|-----|---|-----|-----  
 Días de    Número de días que    3  
 incapacidad fue incapacitado el

usuario.

-----|-----|---|-----|-----  
 Condición de Identificador para    1 1=Embarazo 1mer IPS Diligenciable  
 la usuaria    determinar si la    trimestre    solo cuando la

usuaria se encuentra    2=Embarazo 2do    consulta se

en embarazo.    trimestre    realiza a

3=Embarazo 3cer    mujeres.

trimestre

4=No embarazada

-----|-----|---|-----|-----  
 Conducta    Identificador de las    1 1=Prescripción    IPS

decisiones del profe-    de medicamentos

sional de salud en    1 2=Ordenación de

relación con el    procedimientos

manejo del paciente.    Diagnósticos

1 3=Ordenación de

procedimientos

Terapéuticos

4=Remisión.

1 5=Interconsulta

1 6=Contrarreferencia

1 7=Orden de

Hospitalización

1 8=Control

1 9=Ninguna

-----|-----|---|-----|-----  
 MOTIVO QUE ORIGINA LA ATENCION

-----|-----|---|-----|-----  
 Causa    Identificador de la    2 1=Accidente de    IPS  
 externa    causa externa que    trabajo

origina la atención    2=Accidente de

transito

3=Otro tipo de

accidente

4=Evento

catastrófico

5=Lesión por

agresión

6=Lesión auto

inflingida

7=Maltrato

8=Enfermedad

general

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

9=Enfermedad

profesional

10=Otra

-----|-----|-----|-----|-----  
Código del Código de diagnóstico 4 Tabla de diag- IPS Según la CIE,  
diagnóstico confirmado o presun- nósticos novena revisión  
tivo.

-----|-----|-----|-----|-----  
Tipo de Identificador para 1 I=Impresión IPS  
diagnóstico determinar si el diagnóstica

diagnósticos confirmados o presuntivos N=Confirmado

nuevo

R=Confirmado

repetido

-----|-----|-----|-----|-----  
Consulta de Identificador para 1 P=Primera vez EPS Diligenciado por  
primera vez determinar si la R=Repetida ARS cada una de las  
o repetida consulta es de DLS/ administradoras  
en el año primera vez o repe- DDS cuando aplique.

-----  
tada en el año.

**ARTICULO 7o. DATOS DE PROCEDIMIENTOS.** Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de procedimientos, con los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo 5, y los de atención y motivo del procedimiento, de acuerdo con la siguiente estructura y características:

| <b>Dato</b> | <b>Descripción</b> | <b>Long</b> | <b>Valor</b> | <b>Dili-</b> | <b>Observación</b> |
|-------------|--------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|
|             | Permitido          |             | Gen-         |              | cia-----           |

**ATENCION**

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha del Fecha de realización 10 IPS Día, mes y año.  
procedi- del procedimiento  
miento

-----|-----|-----|-----|-----  
Condición de Identificador para 1 1=Embarazo 1mer IPS Aplicable solo  
la usuaria determinar si la trimestre a procedimientos

usuaria se encuentra 2=Embarazo 2do en mujeres.

en embarazo. trimestre

3=Embarazo 3cer

trimestre

4=No embarazada

-----|-----|-----|-----|-----  
Clase de Identificador para 1 1=En atención IPS  
procedi- determinar la clase ambulatoria  
miento de procedimiento 2=En atención

según la localiza- hospitalaria

ción institucional 3=En urgencia

del paciente.

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Tipo de Identificador del 1 1=Diagnóstico IPS  
 procedi- tipo de procedi- 2=Terapéutico  
 miento miento según la 3=Protección

finalidad del específica  
 mismo 4=Detección

temprana

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Procedi- Código del procedi- 5 Tabla de proce- IPS Código del pro-  
 miento miento realizado al dimientos cedimiento se-  
 usuario gún la reglamen-  
 tación que  
 expida el Minis-  
 terio de Salud.

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Personal Identificador para 1 1=Médico IPS Diligenciable  
 que atiende determinar el perso- especialista obligatoriamente  
 nal que atiende el 2=Médico general cuando es un  
 procedimiento 3=Enfermera procedimiento  
 4=Auxiliar de enf. obstétrico de  
 4=Otro parto y aborto

MOTIVO (1)

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Diagnóstico Código del diagnós- 4 Tabla de IPS Según la CIE,  
 previo tico previo a la diagnósticos novena revisión  
 realización del  
 procedimiento

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Diagnóstico Código del diagnós- 4 Tabla de IPS Según la CIE,  
 posterior tico posterior a diagnósticos novena revisión  
 la realización del  
 procedimiento

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Complica- Código del diagnós- 4 Tabla de IPS Según la CIE,  
 ción tico de la compli- diagnósticos novena revisión  
 cación si la hubo

-----|-----|---|-----|---|-----  
 Condición Justificación médica 80 IPS Descripción  
 del para la realización textual  
 paciente de procedimientos abreviada  
 complejos de

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

urgencias.

(1) Los datos relativos al motivo deben ser diligenciados sólo para procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.

Se exceptúan los datos de procedimientos de pruebas de laboratorio clínico, patología y radiología simple, los cuales se especifican en el artículo 8, de la presente resolución.

**ARTICULO 8o. DATOS DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO, PATOLOGIA Y RADIOLOGIA SIMPLE.** Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de procedimientos de laboratorio clínico y de patología, con los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo 5,1 de acuerdo con la siguiente estructura y características:

| Dato                      | Descripción   | Long          | Valor  | Dili-          | Observación                    |
|---------------------------|---|---------------|--|----------------|--------------------------------|
|                           |   | Permitido     | Gen-   |                | cia-----                       |
| <b>ATENCION</b>           |   |               |  |                |                                |
| Fecha del procedi- miento | Fecha de realización del procedimiento                  | 10            | IPS  | Día, mes y año |                                |
| Clase de procedi- miento  | Identificador para determinar la clase de procedimiento | 1             | 1=En atención ambulatoria<br>2=En atención hospitalaria                                  | IPS            |                                |
|                           | según la localiza- ción del paciente                    | 3=En urgencia |  |                |                                |
| Procedi- miento           | Código del procedi- miento realizado al usuario         | 5             | Tabla de proce- dimientos según la reglamen- tación que expida el Minis- terio de Salud. | IPS            | Código del pro- cedimiento se- |

**ARTICULO 9o. DATOS DE LA HOSPITALIZACION.** Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de hospitalización, con los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo 5, y los de hospitalización y motivo que originó la atención, de acuerdo con la siguiente estructura y características:

| Dato                   | Descripción                             | Long      | Valor                         | Dili- | Observación |
|------------------------|---|-----------|-------------------------------|-------|-------------|
|                        |   | Permitido | Gen-                          |       | cia-----    |
| <b>HOSPITALIZACION</b> |   |           |                               |       |             |
| Vía de in- greso a la  | Identificador para determinar las puer- | 1         | U=Urgencias<br>C=Consulta ex- | IPS   |             |



"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

institución tas de entrada del terna o pro-

usuario (a) a la gramada.

institución R=Remitido

N=Nacido en la

institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha de Fecha de ingreso del 10 IPS Día, mes y año  
ingreso usuario a la

institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Hora de Hora de ingreso a la 4 IPS Hora, minutos  
ingreso institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha de Fecha de egreso del 10 IPS Día, mes y año  
egreso usuario a la

institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Hora de Hora de egreso de la 4 IPS Hora, minutos  
egreso institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Condición de Identificador para 1 1=Embarazo 1mer IPS Aplicable solo  
la usuaria determinar si la trimestre a hospitaliza-

usuaria se encuentra 2=Embarazo 2do ción en mujeres.

en embarazo. trimestre

3=Embarazo 3cer

trimestre

4=No embarazada

-----|-----|-----|-----|-----  
Días de Número de días de 3 IPS Número de días  
estancia permanencia en la de estancia

institución

-----|-----|-----|-----|-----  
Estado a la Identificador para 1 V=Vivo (a) IPS  
salida determinar la con- M=Muerto (a)

dición de salida del

usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Días de Número de días que 3 IPS  
incapacidad fue incapacitado el

usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Causa Identificador de la 2 1=Accidente de IPS  
externa causa que origina trabajo

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

- la atención
- 2=Accidente de transito
  - 3=Otro tipo de accidente
  - 4=Evento catastrófico
  - 5=Lesión por agresión
  - 6=Lesión auto inflingida
  - 7=Maltrato
  - 8=Enfermedad general
  - 9=Enfermedad profesional
  - 10=Otra

-----|-----|-----|-----|-----

MOTIVO QUE ORIGINA LA ATENCION

-----|-----|-----|-----|-----

DIAGNOSTICO

-----|-----|-----|-----|-----

Diagnóstico de ingreso    Código del diagnóstico al ingreso del    4    Tabla de diagnósticos    IPS    Según la CIE, novena revisión

usuario

-----|-----|-----|-----|-----

Diagnóstico de egreso    Código del diagnóstico de egreso del    4    Tabla de diagnósticos    IPS    Según la CIE, novena revisión

usuario

-----|-----|-----|-----|-----

Complicación    Código del diagnóstico de la complicación    4    Tabla de diagnósticos    IPS    Según la CIE, novena revisión

cación si la hubo

-----|-----|-----|-----|-----

Cuando en la hospitalización se realicen procedimientos, estos deben ser registrados tal como se establece en los artículos **7** y **8** de esta resolución.

**ARTICULO 10. DATOS DE RECIEN NACIDOS.** Los prestadores de servicios de salud deberán registrar los datos relativos a la condición de la madre y del recién nacido, encadenados a los datos de hospitalización, cuando ésta ha sido para atención obstétrica y a los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo **5**, de acuerdo con la siguiente estructura y características.

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

En el caso de parto múltiple se debe registrar los datos de condición de recién nacido para cada niño (a). Los datos del recién nacido deben coincidir estrictamente con los datos del certificado de nacido vivo.

| <b>Dato</b> | <b>Descripción</b> | <b>Long</b> | <b>Valor</b> | <b>Dili-</b> | <b>Observación</b> |
|-------------|--------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|
|             |                    | Permitido   | Gen-         |              | cia-----           |

-----  
DATOS DE LA CONDICION DE MADRE

|                      |                                |   |     |                      |
|----------------------|--------------------------------|---|-----|----------------------|
| Periodo de gestación | Número de semanas de gestación | 2 | IPS | Al momento del parto |
|----------------------|--------------------------------|---|-----|----------------------|

|                  |   |   |              |     |
|------------------|---|---|--------------|-----|
| Control prenatal | Identificador para determinar si la madre tuvo control prenatal | 1 | S=Sí<br>N=No | IPS |
|------------------|---|---|--------------|-----|

|                             |   |   |  |                                    |
|-----------------------------|---|---|--|------------------------------------|
| Causa de muerte de la madre | Código de la causa básica de muerte de la madre, si ocurrió | 4 | Tabla de causas de mortalidad de defunción | IPS Debe ser igual al del registro |
|-----------------------------|---|---|--|------------------------------------|

|                             |   |    |     |               |
|-----------------------------|---|----|-----|---------------|
| Fecha de muerte de la madre | Fecha de muerte de la madre, si ocurrió | 10 | IPS | Día, mes, año |
|-----------------------------|---|----|-----|---------------|

-----  
DATOS DE LA CONDICION DE RECIEN NACIDO

|                     |                                       |    |     |               |
|---------------------|---------------------------------------|----|-----|---------------|
| Fecha de nacimiento | Fecha de nacimiento del recién nacido | 10 | IPS | Día, mes, año |
|---------------------|---------------------------------------|----|-----|---------------|

|      |  |   |                     |     |
|------|--|---|---------------------|-----|
| Sexo | Identificador del sexo del recién nacido | 1 | H=Hombre<br>M=Mujer | IPS |
|------|--|---|---------------------|-----|

|      |                                  |   |     |
|------|----------------------------------|---|-----|
| Peso | Peso en gramos del recién nacido | 4 | IPS |
|------|----------------------------------|---|-----|

|       |  |   |     |
|-------|--|---|-----|
| Talla | Talla en centímetros del recién nacido | 2 | IPS |
|-------|--|---|-----|

|                               |  |   |                                       |                   |
|-------------------------------|--|---|---------------------------------------|-------------------|
| Diagnóstico del recién nacido | Código del diagnóstico del recién nacido, en caso de presentar patología | 4 | Tabla de diagnósticos novena revisión | IPS Según la CIE, |
|-------------------------------|--|---|---------------------------------------|-------------------|

|                       |  |   |   |     |
|-----------------------|--|---|---|-----|
| Apgar a los 5 minutos | Identificador para determinar el valor del apgar a los 5 minutos | 1 | 1=Menor de 4<br>2=De 4 a 6<br>3=De 7 a 10 | IPS |
|-----------------------|--|---|---|-----|

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

minutos de nacido

-----|-----|-----|-----|-----  
Causa de Código de la causa 4 Tabla de causas IPS Según la codi-  
muerte del básica de muerte del de mortalidad ficación para  
niño niño, si ésta ocurrió mortalidad

en las primeras 24

horas de nacido

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha de Fecha de muerte del 10 IPS Día, mes, año  
muerte del niño  
niño  
-----|-----|-----|-----|-----

**ARTICULO 11. DATOS SOBRE ATENCION DE URGENCIAS.** Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de urgencias, con los datos de identificación del prestador y del usuario, definidos en el artículo 5, de acuerdo con la siguiente estructura y características.

Cuando en la urgencia se realicen interconsultas y procedimientos, estos deben ser registrados tal como se establece en los artículos 6, 7 y 8 de esta resolución.

| Dato | Descripción | Long | Valor | Dili- | Observación |
|------|-------------|------|-------|-------|-------------|
|      | Permitido   |      | Gen-  |       | cia-----    |

-----|-----|-----|-----|-----  
**DATOS DE LA ATENCION DE URGENCIAS**

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha de Fecha de ingreso del 10 IPS Día, mes, año  
ingreso usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Hora de Hora del ingreso del 4 IPS Hora, minutos  
ingreso usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Fecha de Fecha de salida del 10 IPS Día, mes año  
salida usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Hora de Hora del salida del 4 IPS Hora, minutos  
salida usuario

-----|-----|-----|-----|-----  
Condición de Identificador para 1 1=Embarazo 1mer IPS Aplicable solo  
la usuaria determinar si la trimestre cuando la

usuaria se encuentra 2=Embarazo 2do urgencia es a  
en embarazo. trimestre mujeres

3=Embarazo 3cer

trimestre

4=No embarazada

-----|-----|-----|-----|-----  
Horas de Número de horas de 3 IPS  
observación permanencia en

observación

-----|-----|-----|-----|-----

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

Estado a la salida Identificador para determinar la condición de salida del usuario. 1 V=Vivo M=Muerto IPS

Identificador para determinar la condición de salida del usuario.

Días de Incapacidad Número de días que fue incapacitado el usuario IPS Número de días de incapacidad

Identificador para determinar la condición de salida del usuario.

Conducta Identificador de las decisiones del profesional de salud en relación con el manejo del paciente 1 1=Alta de la atención IPS

Identificador de las decisiones del profesional de salud en relación con el manejo del paciente

1 2=Prescripción de medicamentos

1 3=Observación en urgencias

1 4=Remitido a otro nivel de complejidad

1 5=Orden de Hospitalización

MOTIVO QUE ORIGINA LA ATENCION

Causa externa Identificador de la causa que origina la atención 2 1=Accidente de trabajo IPS

Identificador de la causa que origina la atención

2=Accidente de tránsito

3=Otro tipo de accidente

4=Evento catastrófico

5=Lesión por agresión

6=Lesión auto inflingida

7=Maltrato

"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

8=Enfermedad

general

9=Enfermedad

profesional

10=Otra

-----|-----|-----|-----|-----  
DIAGNOSTICO

-----|-----|-----|-----|-----

Diagnóstico Código del diagnós- 4 Tabla de diag- IPS Según la CEA,  
de ingreso tico al ingreso del nósticos novena revisión

usuario

-----|-----|-----|-----|-----

Diagnóstico Código del diagnós- 4 Tabla de diag- IPS Según la CEA,  
a la salida tico a la salida del nósticos novena revisión

usuario

-----|-----|-----|-----|-----

**ARTICULO 12. OTROS DATOS SOBRE ATENCIONES DE SALUD.** Los datos y soportes de otros componentes de la atención, tales como: los medicamentos, los dispositivos (prótesis, órtesis, material de osteosíntesis, injertos, válvulas) y otros elementos necesarios para la atención dentro de los planes de beneficios, harán parte de la información de la factura.

**ARTICULO 13. DE LAS CODIFICACIONES DE USO COMUN.** Las codificaciones de uso común serán únicas para todos los integrantes del SGSSS. El Ministerio de Salud mantendrá actualizada las codificaciones de división político-administrativa, instituciones, ocupaciones, tipos de consulta, especialidades, diagnósticos, procedimientos, medicamentos, causas de muerte y otras que se requieran en el Sistema. Dichas codificaciones serán suministradas por la Dirección de Sistemas de Información a todos los integrantes del Sistema.

**CAPITULO III.**  
**PROCEDIMIENTOS INFORMATICOS PARA LOS DATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**ARTICULO 14. PROCESOS INFORMATICOS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Los prestadores de servicios son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben: i) estandarizar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura definida en la presente resolución; ii) hacer el registro de los datos simultáneamente con la prestación de la atención (registros individuales de atención) y iii) garantizar la confiabilidad y validez de los datos sobre prestaciones de salud.
2. En la validación de los datos, previamente a su transferencia, debe verificarse 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 registros individuales de atención junto con la respectiva factura, a las

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

entidades administradoras de planes de beneficios, dentro del mes siguiente de la prestación de la atención de salud. Los registros individuales de atención, como soportes únicos de la atención facturada, deben ser enviados en medio magnético o electrónico, según el anexo de especificaciones técnicas para la transferencia de datos de prestaciones de salud, que hace parte integrante de la presente resolución.

Las atenciones cubiertas con recursos de oferta, deben ser enviadas por el prestador a la Dirección Local de Salud respectiva.

Los prestadores de servicios de salud que hayan realizado contratación por capitación están obligados, en igual forma, a registrar y enviar mensualmente los datos sobre las atenciones de salud, con la misma estructura definida en esta resolución.

**ARTICULO 15. PROCESOS INFORMATICOS EN LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.** Las entidades administradoras de planes de beneficios están obligadas a garantizar la confiabilidad y calidad de la información sobre prestaciones de salud, la oportunidad en la entrega al Ministerio de Salud y la conformación de su propia base de datos sobre atenciones de salud.

Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúan como administradoras para la prestación de las atenciones de salud a la población vinculada y de las atenciones cubiertas con recursos de oferta, deben llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de las atenciones de la población de su ámbito territorial.

Estos procesos informáticos aplican de idéntica forma al manejo de datos sobre prestaciones de salud por eventos catastróficos y accidentes de tránsito, sin perjuicio de otros requerimientos especiales que establezca el Ministerio de Salud, para estos casos.

Para los anteriores efectos, las administradoras de planes de beneficios, son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben recibir los datos enviados por los prestadores, verificar su procedencia y el período reportado y encadenar los datos recibidos para conformar su propia base de datos de atenciones
2. En la validación de los datos, deben verificar que la estructura de los archivos corresponda con la estructura establecida, que los datos sean consistentes y verificar que los campos de las tablas de datos estén diligenciados en su totalidad.
3. En la organización de la información para ser enviada al Ministerio de Salud, deben generar a partir de su base de datos de prestaciones de salud, los datos organizados que requiere el Sistema Integral de Información del SGSSS. En este proceso de organización, se deben incluir los datos que estas deben generar en forma primaria y que complementan los datos recibidos de los prestadores.
4. En la transferencia de datos, al Ministerio de Salud, deben enviar los registros individuales de atención, en medio magnético o electrónico, según el anexo de especificaciones técnicas para la transferencia de datos de prestaciones de salud, que hace parte integrante de esta resolución.

Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán transferir los datos de las atenciones prestadas en el mes inmediatamente anterior, antes del día treinta (30) de cada mes. Cuando los prestadores hayan facturado atenciones prestadas de meses anteriores, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán incluirlas en el reporte del mes, aclarando que dicha información corresponde a otro período.

**ARTICULO 16. PROCESOS INFORMATICOS DEL MINISTERIO DE SALUD.**

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

1. En la actualización de datos, el Ministerio de Salud, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, de acuerdo con las disposiciones vigentes, debe recibir la información y actualizar sus bases de datos, encadenando periódicamente la información recibida de las entidades administradoras de planes de beneficios y conformar la base de datos de atenciones, con la información de todo el país.

2. En la validación de datos, el Ministerio de Salud, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, previo a la actualización de las bases de datos, debe: verificar la procedencia y períodos informados; solicitar a las entidades administradoras de planes de beneficios la información que no ha sido enviada; verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida y que los campos de las tablas de datos estén diligenciados completamente. Las inconsistencias identificadas deberán ser reportadas a las entidades administradoras de planes de beneficios para su corrección.

3. 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 atenciones de su departamento, desagregado por municipio (lugar de residencia de las personas) y por EPS y ARS. Las direcciones departamentales deben entregar la información a sus respectivos municipios, cada cuatro (4) meses.

La información de cada municipio contendrá los datos de las atenciones de la población cubierta por el régimen contributivo en cada EPS, las atenciones del POS-S de la población cubierta por el régimen subsidiado en cada ARS, las atenciones prestadas a la población subsidiada por fuera del POS-S y las atenciones a población vinculada.

4. En la disposición de información para el Sistema, el Ministerio de Salud, debe generar periódicamente la información consolidada y agrupada, a nivel nacional, para uso común de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Igualmente el Ministerio de Salud debe permitir el acceso a las bases de datos a los usuarios del SGSSS autorizados que la requieran.

**ARTICULO 17. ACTUALIZACION DE LA INFORMACION EPIDEMIOLOGICA.** Las direcciones departamentales y distritales de salud deben informar a las entidades administradoras de planes de beneficios los casos confirmados de las patologías de control, que fueron notificadas por los prestadores como casos presuntivos. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán actualizar sus bases de datos de prestaciones de servicios de salud, con esta información.

**ARTICULO 18. REGISTROS INDIVIDUALES DE ATENCION Y EL PROCESO DE FACTURACION INSTITUCIONAL.** Los prestadores de servicios de salud deben acompañar la factura, para efectos del pago, con los respectivos Registros Individuales de Atención, a fin de facilitar la revisión y verificación oportuna de las atenciones por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios.

**ARTICULO 19. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA REMISION DE INFORMACION.** Las entidades administradoras de planes de beneficios o los prestadores de servicios de salud, según el caso, deben entregar los archivos de datos en medios magnéticos acompañados de un documento firmado por el Representante Legal, en el que se certifique que la información remitida es veraz y obedece a las especificaciones técnicas establecidas en la presente resolución.

Las entidades administradoras de planes de beneficios comunicarán a los prestadores de servicios de salud y el Ministerio de Salud a las entidades administradoras de planes de beneficios la no aceptación de los archivos recibidos en medios magnéticos o electrónicos, cuando estos sean ilegibles, presenten defectos físicos o no cumplen con lo establecido en el numeral 2.4 del anexo de especificaciones técnicas para la transferencia de datos de prestaciones de salud, que hace parte integrante de esta



"NUMERO DE DOCUMENTO"  
"Epígrafe Documento"

resolución.

Las instituciones a las que no se les hayan aceptado los archivos enviados en medios magnéticos o electrónicos, dispondrán de cinco días hábiles para efectuar las correcciones solicitadas.

**CAPITULO IV.  
DISPOSICIONES FINALES**

**ARTICULO 20. TERMINO DE APLICACION.** <Modificado por el artículo 1o. de la Resolución 4924 de 1998, el nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades a las que se refiere la presente resolución, deberán generar y transferir la información de Prestaciones de Salud, a partir del 1 de julio de 1.999.

**ARTICULO 21. RESERVA, CUSTODIA Y CONSERVACION DE LOS DATOS.** Las entidades a las que se refiere la presente resolución, deben responder por la reserva, custodia y conservación de los datos de prestación de servicios de salud que generen y/o usen.

**ARTICULO 22. SANCIONES.** La entrega no oportuna o la falta de veracidad de la información, acarreará las sanciones establecidas en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993.

**ARTICULO 23. VIGENCIA.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLIQUESE Y CUMPLASE.**

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 2 de julio de 1998.

La Ministra de Salud,  
**María Teresa Forero de Saade.**

**ANEXO ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA TRANSFERENCIA DE DATOS DE PRESTACIONES DE SALUD.**

De conformidad con lo establecido en esta resolución y con el fin implementar los mecanismos de transferencia de datos de prestaciones de salud, se imparten las siguientes instrucciones:

**1. Especificaciones técnicas para la transferencia de datos de prestaciones de salud, de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las entidades administradoras de planes de beneficios.**

Los prestadores de servicios de salud, deben remitir los datos a las entidades administradoras de planes de beneficios, en archivos en medio magnético con la siguiente estructura de registros:

**1.1. Archivo de consultas:**

Nombre del archivo: ACCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AC: Archivo de consultas (2 dígitos)

- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de consulta:**

| Dato   | Long |
|--|------|
| Código del prestador en el SGSSS                   | 10   |
| Código de la entidad administradora                | 6    |
| Número de la factura                               | 10   |
| Identificación del usuario                         | 15   |
| Tipo de usuario                                    | 1    |
| Unidad de medida de la edad                        | 1    |
| Valor de la edad                                   | 2    |
| Sexo   | 1    |
| Residencia habitual                                | 5    |
| Zona de residencia                                 | 1    |
| Fecha de la atención                               | 10   |
| Tipo de consulta                                   | 2    |
| Código de la especialidad                          | 2    |
| Días de incapacidad                                | 3    |
| Condición de la usuaria                            | 1    |
| Conducta prescripción de medicamentos              | 1    |
| Conducta Ordenación de procedimientos diagnósticos | 1    |
| Conducta ordenación de procedimientos terapéuticos | 1    |
| Conducta remisión                                  | 1    |
| Conducta interconsulta                             | 1    |
| Conducta contrarreferencia                         | 1    |
| Conducta orden de hospitalización                  | 1    |
| Conducta control                                   | 1    |
| Ninguna conducta                                   | 1    |
| Causa externa                                      | 2    |
| Código del diagnóstico                             | 4    |
| Tipo de diagnóstico                                | 1    |

**1.2. Archivo de procedimientos:**

Nombre del archivo: APCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AP: Archivo de procedimientos (2 dígitos)

- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)

- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de procedimientos:**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Valor de la edad        | 2  |
| Sexo                    | 1  |
| Residencia habitual     | 5  |
| Zona de residencia      | 1  |
| Fecha del procedimiento | 10 |
| Condición de la usuaria | 1  |
| Clase de procedimiento  | 1  |
| Tipo de procedimiento   | 1  |
| Procedimiento           | 5  |
| Personal que atiende    | 1  |
| Diagnóstico previo      | 4  |
| Diagnóstico posterior   | 4  |
| Complicación            | 4  |
| Condición del paciente  | 80 |

### 1.3. Archivo de procedimientos de laboratorio clínico, patología y radiología simple

Nombre del archivo: ALCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AL: Archivo de procedimientos de laboratorio clínico, patología y radiología simple (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

### Diseño del Registro de datos de procedimientos de laboratorio clínico, patología y radiología simple

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |
| Valor de la edad                    | 2    |
| Sexo                                | 1    |
| Residencia habitual                 | 5    |
| Zona de residencia                  | 1    |
| Fecha del procedimiento             | 10   |
| Clase de procedimiento              | 1    |
| Procedimiento                       | 5    |

### 1.4. Archivo de hospitalización.

Nombre del archivo: AHCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AH: Archivo de hospitalización (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

**Diseño del Registro de datos de hospitalización:**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |
| Valor de la edad                    | 2    |
| Sexo                                | 1    |
| Residencia habitual                 | 5    |
| Zona de residencia                  | 1    |
| Vía de ingreso a la institución     | 1    |
| Fecha de ingreso                    | 10   |
| Hora de ingreso                     | 4    |
| Fecha de egreso                     | 10   |
| Hora de egreso                      | 4    |
| Condición de la usuaria             | 1    |
| Días de estancia                    | 3    |
| Estado a la salida                  | 1    |
| Días de incapacidad                 | 3    |
| Causa externa                       | 2    |
| Diagnóstico de ingreso              | 4    |
| Diagnóstico de egreso               | 4    |
| Complicación                        | 4    |

**1.5. Archivo de recién nacidos:**

Nombre del archivo: ANCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AN: Archivo de recién nacidos (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de recién nacidos:**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Período de gestación                | 2    |
| Control prenatal                    | 1    |
| Causa de muerte de la madre         | 4    |
| Fecha de muerte de la madre         | 10   |
| Fecha de nacimiento                 | 10   |
| Sexo                                | 1    |
| Peso                                | 4    |
| Talla                               | 2    |
| Diagnóstico del recién nacido       | 4    |
| Apgar <sic> a los 5 minutos         | 1    |
| Causa de muerte del niño            | 4    |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

Fecha de muerte del niño 10

### 1.6. Archivo de urgencias

Nombre del archivo: AUCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AU: Archivo de atención de urgencias (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

#### Diseño del Registro de datos de urgencias:

| Dato  | Long |
|---|------|
| Código del prestador en el SGSSS              | 10   |
| Código de la entidad administradora           | 6    |
| Número de la factura                          | 10   |
| Identificación del usuario                    | 15   |
| Tipo de usuario                               | 1    |
| Unidad de medida de la edad                   | 1    |
| Valor de la edad                              | 2    |
| Sexo  | 1    |
| Residencia habitual                           | 5    |
| Zona de residencia                            | 1    |
| Fecha de ingreso                              | 10   |
| Hora de ingreso                               | 4    |
| Fecha de salida                               | 10   |
| Hora de salida                                | 4    |
| Condición de la usuaria                       | 1    |
| Horas de observación                          | 3    |
| Estado a la salida                            | 1    |
| Días de incapacidad                           | 3    |
| Conducta prescripción de medicamentos         | 1    |
| Conducta observación de urgencias             | 1    |
| Conducta remitido a otro nivel de complejidad | 1    |
| Conducta orden de hospitalización             | 1    |
| Causa externa                                 | 2    |
| Diagnóstico de ingreso                        | 4    |
| Diagnóstico a la salida                       | 4    |

## 2. Especificaciones técnicas para la transferencia de datos de prestaciones desalud de las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministeriode Salud.

Las entidades administradoras de planes de beneficios deben remitir los datos al Ministerio de Salud, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, en archivos con la siguiente estructura de registros:

### 2.1 Registro de identificación y control general.

Este es el primer registro del archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan el archivo.

#### Diseño del Registro de identificación y control general

| Dato | Descripción | Long | Valor | Observación |
|------|-------------|------|-------|-------------|
|------|-------------|------|-------|-------------|

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

Permitido-----|-----|---|-----|-----

Código de la entidad a la administradora su identificación en el Sistema

Código asignado a la entidad ministradora de beneficios de Supersalud

6 Tabla de entidades administradoras de planes determinada por el Ministerio de Salud

Número de remisión en el año

Número consecutivo de cada remisión en el año

10

Formato: Día, mes, año.

DD/MM/AAAA

Fecha de remisión

Fecha de remisión

10

Formato: Día, mes, año.

DD/MM/AAAA

Total de registros

Total de registro de datos del envío

4

Total del volúmenes

Número de volúmenes por envío

4

**2.2 Registro de identificación y control por volumen.**

Este es el segundo registro del primer volumen de los medios magnéticos que contengan el archivo y el primero de los subsiguientes.

**Diseño del Registro de identificación y control por medio magnético**

| Dato | Descripción | Long | Valor | Observación |
|------|-------------|------|-------|-------------|
|------|-------------|------|-------|-------------|

Permitido-----|-----|---|-----|-----

Código de la entidad a la administradora su identificación en el Sistema

Código asignado a la entidad ministradora de beneficios y la Superintendencia

6 Tabla de entidades administradoras de planes determinada por el Ministerio de Salud

Número de remisión en el año

Número consecutivo de cada remisión en el año

10

Formato: Día, mes, año.

DD/MM/AAAA

Fecha de remisión

Fecha de remisión

10

Formato: Día, mes, año.

DD/MM/AAAA

Número del volumen

Número consecutivo de cada volumen

4

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

| Total de registros | Total de registros de datos en el volumen |
|--------------------|---|
|--------------------|---|

### 2.3 Registros de datos

Son los registros que siguen al registro de identificación y control por medio de envío y contienen la información de las atenciones prestadas a los afiliados.

#### 2.3.1 Archivo de consultas:

Nombre del archivo: ACCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AC: Archivo de consultas (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/O la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

#### Diseño del Registro de datos de consulta

| Dato   | Long |
|--|------|
| Código del prestador en el SGSSS                   | 10   |
| Código de la entidad administradora                | 6    |
| Número de la factura                               | 10   |
| Identificación del usuario                         | 15   |
| Tipo de usuario                                    | 1    |
| Tipo de afiliado                                   | 1    |
| Ocupación  | 3    |
| Grupo de atención especial                         | 1    |
| Unidad de medida de la edad                        | 1    |
| Valor de la edad                                   | 2    |
| Sexo   | 1    |
| Residencia habitual                                | 5    |
| Zona de residencia                                 | 1    |
| Fecha de la atención                               | 10   |
| Tipo de consulta                                   | 2    |
| Código de la especialidad                          | 2    |
| Días de incapacidad                                | 3    |
| Condición de la usuaria                            | 1    |
| Conducta prescripción de medicamentos              | 1    |
| Conducta Ordenación de procedimientos diagnósticos | 1    |
| Conducta ordenación de procedimientos terapéuticos | 1    |
| Conducta remisión                                  | 1    |
| Conducta interconsulta                             | 1    |
| Conducta contrarreferencia                         | 1    |
| Conducta orden de hospitalización                  | 1    |
| Conducta control                                   | 1    |
| Ninguna conducta                                   | 1    |
| Causa externa                                      | 2    |
| Código del diagnóstico                             | 4    |
| Tipo de diagnóstico                                | 1    |
| Consulta de primera vez o repetida en el año       | 1    |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

**2.3.2 Archivo de procedimientos:**

Nombre del archivo: APCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AP: Archivo de procedimientos (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de procedimientos**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Tipo de afiliado                    | 1    |
| Ocupación                           | 3    |
| Grupo de atención especial          | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |
| Valor de la edad                    | 2    |
| Sexo                                | 1    |
| Residencia habitual                 | 5    |
| Zona de residencia                  | 1    |
| Fecha del procedimiento             | 10   |
| Condición de la usuaria             | 1    |
| Clase de procedimiento              | 1    |
| Tipo de procedimiento               | 1    |
| Procedimiento                       | 5    |
| Personal que atiende                | 1    |
| Diagnóstico previo                  | 4    |
| Diagnóstico posterior               | 4    |
| Complicación                        | 4    |

**2.3.3 Archivo de procedimientos de laboratorio clínico, patología y radiologíasimple**

Nombre del archivo: ALCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AL: Archivo de procedimientos de laboratorio clínico, patología y radiología simple (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de procedimientos de laboratorio clínico,patología y radiología simple**

| Dato                             | Long |
|----------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS | 10   |



**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

|                                     |    |   |
|-------------------------------------|----|---|
| Código de la entidad administradora |    | 6 |
| Número de la factura                | 10 |   |
| Identificación del usuario          | 15 |   |
| Tipo de usuario                     | 1  |   |
| Tipo de afiliado                    | 1  |   |
| Ocupación                           | 3  |   |
| Grupo de atención especial          |    | 1 |
| Unidad de medida de la edad         |    | 1 |
| Valor de la edad                    | 2  |   |
| Sexo                                | 1  |   |
| Residencia habitual                 | 5  |   |
| Zona de residencia                  | 1  |   |
| Fecha del procedimiento             | 10 |   |
| Clase de procedimiento              | 1  |   |
| Procedimiento                       | 5  |   |

### 2.3.4 Archivo de hospitalización:

Nombre del archivo: AHCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AH: Archivo de hospitalización (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

### Diseño del Registro de datos de hospitalización:

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Tipo de afiliado                    | 1    |
| Ocupación                           | 3    |
| Grupo de atención especial          | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |
| Valor de la edad                    | 2    |
| Sexo                                | 1    |
| Residencia habitual                 | 5    |
| Zona de residencia                  | 1    |
| Vía de ingreso a la institución     | 1    |
| Fecha de ingreso                    | 10   |
| Hora de ingreso                     | 4    |
| Fecha de egreso                     | 10   |
| Hora de egreso                      | 4    |
| Condición de la usuaria             | 1    |
| Días de estancia                    | 3    |
| Estado a la salida                  | 1    |
| Días de incapacidad                 | 3    |
| Causa externa                       | 2    |
| Diagnóstico de ingreso              | 4    |
| Diagnóstico de egreso               | 4    |
| Complicación                        | 4    |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

**2.3.5 Archivo de recién nacidos:**

Nombre del archivo: ANCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AN: Archivo de recién nacidos (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de recién nacidos:**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Período de gestación                | 2    |
| Control prenatal                    | 1    |
| Causa de muerte de la madre         | 4    |
| Fecha de muerte de la madre         | 10   |
| Fecha de nacimiento                 | 10   |
| Sexo                                | 1    |
| Peso                                | 4    |
| Talla                               | 2    |
| Diagnóstico del recién nacido       | 4    |
| Apgar a los 5 minutos               | 1    |
| Causa de muerte del niño            | 4    |
| Fecha de muerte del niño            | 10   |

**2.3.6 Archivo de urgencias:**

Nombre del archivo: AUCODIGOADMDDMMAAAA donde:

- AU: Archivo de atención de urgencias (2 dígitos)
- CODIGOADM: Código de la entidad administradora, asignado por el Ministerio de Salud y/o la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)
- DDMMAAAA: A partir del 9 dígito, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No se debe utilizar ningún tipo de separador.

**Diseño del Registro de datos de urgencias:**

| Dato                                | Long |
|-------------------------------------|------|
| Código del prestador en el SGSSS    | 10   |
| Código de la entidad administradora | 6    |
| Número de la factura                | 10   |
| Identificación del usuario          | 15   |
| Tipo de usuario                     | 1    |
| Tipo de afiliado                    | 1    |
| Ocupación                           | 3    |
| Grupo de atención especial          | 1    |
| Unidad de medida de la edad         | 1    |
| Valor de la edad                    | 2    |

**"NUMERO DE DOCUMENTO"**  
"Epígrafe Documento"

|   |    |   |
|---|----|---|
| Sexo  | 1  |   |
| Residencia habitual                           | 5  |   |
| Zona de residencia                            | 1  |   |
| Fecha de ingreso                              | 10 |   |
| Hora de ingreso                               | 4  |   |
| Fecha de salida                               | 10 |   |
| Hora de salida                                | 4  |   |
| Condición de la usuaria                       | 1  |   |
| Horas de observación                          | 3  |   |
| Estado a la salida                            | 1  |   |
| Días de incapacidad                           | 3  |   |
| Conducta prescripción de medicamentos         | 1  | 1 |
| Conducta observación de urgencias             | 1  | 1 |
| Conducta remitido a otro nivel de complejidad | 1  |   |
| Conducta orden de hospitalización             | 1  | 1 |
| Causa externa                                 | 2  |   |
| Diagnóstico de ingreso                        | 4  |   |
| Diagnóstico a la salida                       | 4  |   |

#### **2.4 Especificaciones tecnológicas para la remisión de información**

Los formatos tecnológicos. La información debe presentarse en medio magnético, aceptándose cualquiera de los siguientes formatos tecnológicos:

- a) CD-ROM, de 74 min., 650 Mb;
- b) Cartridges, de 750 pies, 400 Mb con compresión a 800, tipo minicartridges;
- c) Disquetes: de 3.5, alta densidad.

El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.

Los medios físicos deben ser rotulados con la siguiente información:

- Nombre de la Entidad
- Código de la entidad
- El nombre y el teléfono del responsable
- Número de remisión
- Fecha de remisión

El medio físico debe enviarse en sobre de manila cerrado y marcado con la misma información que identifica el medio físico.

Características del formato del archivo plano. Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- Los datos deben ser grabados en el archivo plano, como alfanuméricos
- El separador de campos debe ser coma y ser usado exclusivamente para este fin
- El fin de registro debe ser el caracter "Enter"
- No debe venir ningún campo sin información.