

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2022****()**

“Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 15 de la Ley 1966 del 2019 y el artículo 2.5.3.1.6 del Decreto 780 del 2016, y.

CONSIDERANDO:

Que conforme al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 corresponde al Estado, entre otras, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a (i) garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema, (ii) propender por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales, (iii) realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del curso de vida de las personas; y (iv) realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud.

Que el artículo 19 de la mencionada Ley Estatutaria de Salud, con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones determina la implementación de una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Que, el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, prevé a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social la definición de los lineamientos, soportes y términos que deben cumplir las facturas en salud, incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Que, en el mismo artículo 15 de la Ley 1966 de 2019 se determinó que todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar Factura Electrónica de Venta -FEV- en salud para el cobro de los servicios y tecnologías de salud, que deberán presentarla, al mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley, contado a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología de salud o del egreso del paciente, prescribirá el derecho en los términos de ley y que la generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- se deben realizar al momento de prestar el servicio, de la entrega

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

de tecnología de salud o del egreso del paciente; así mismo, estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos, soportes y términos que deben cumplir las facturas incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, y en lo que sea pertinente en coordinación con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN- .

Que los artículos 112, 114 y 116 de la Ley 1438 de 2011 establecieron que el Ministerio de Salud y Protección Social articulará el manejo y será responsable de la administración de la información, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) y que las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud, las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos laborales y de los demás agentes del sistema, están obligados a proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos, so pena de ser reportadas ante las autoridades competentes para la aplicación de las sanciones correspondientes.

Que el párrafo 2 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 establece la obligatoriedad de la rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

Que de conformidad con el artículo 1º y numeral 8 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011 corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social formular, establecer y definir los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social y formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información.

Que conforme a la normativa antes mencionada, compete al Ministerio de Salud y Protección Social establecer los datos básicos que deben generar los prestadores de servicios de salud, sobre los servicios y tecnologías de salud individuales prestadas o suministradas y facturadas a las entidades responsables de pago y demás pagadores, la definición, estructura, flujo y almacenamiento de los mismos, la administración y disposición de la información y las responsabilidades de los distintos participantes del Sistema de Salud colombiano obligados a reportar al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la Resolución 3374 de 2000 reglamentó 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 cual fue modificada mediante la Resolución 1531 de 2014 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación.

Que se hace necesario modificar la Resolución 3374 de 2000 para que responda a los requerimientos actuales de información del Sistema de Salud colombiano y apoye los procesos de gestión: clínica, salud pública, riesgo individual, riesgo colectivo, administrativos y financieros, estudios e investigaciones y todos aquellos estudios relacionados con la prestación de servicios de salud en concordancia con las Resoluciones 3280 del 2018, 2654 y 3100 del 2019.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Que se hace necesario regular, estandarizar y racionalizar el esfuerzo institucional en la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados en el territorio colombiano, resultando fundamental modificar la operación, en el marco de las competencias legales de las diferentes entidades del sistema de salud, ampliando su campo de aplicación a otros actores, y determinando la oportunidad, seguridad y condiciones que permitan mayor confiabilidad en la entrega de la información a través de la Plataforma de Integración de del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).

Que en el Decreto _____ de 2022 que sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se establecieron las definiciones y el relacionamiento de los acuerdos de voluntades entre la Entidad Responsable de Pago, Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías de Salud, entre otras.

Que en el artículo 2 de la Resolución ____ de 2022, se definió que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías de salud son facturadores electrónicos del sector salud.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, incluyendo el flujo de la información y los datos que se deben reportar en este, así como las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite de la factura electrónica de venta en salud, con ocasión de los servicios y tecnologías de salud prestados o provistos a la población, así como establecer disposiciones para su implementación por parte de los facturadores electrónicos del sector salud.

Parágrafo. Se entienden como facturadores electrónicos del sector salud, las entidades definidas en el parágrafo del artículo 2 de la Resolución _____ de 2022.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución, son aplicables a las siguientes entidades:

1. Los prestadores de servicios de salud.
2. Los proveedores de tecnologías de salud.
3. Las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las entidades administradoras de los regímenes especiales y de excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.
4. Las direcciones territoriales de salud del orden departamental, distrital o municipal.
5. Las compañías de seguros autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, planes voluntarios de salud o cualquier otra protección en salud.
6. Las administradoras de riesgos laborales.
7. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Las demás entidades que en el marco de sus funciones constitucionales o legales deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al Sistema de Salud colombiano, incluye entre otras a las entidades que

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

realicen pilotos o estudios de investigación asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.

ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos de la presente resolución, se definen los siguientes términos:

1. Prestación individual de servicios y tecnologías de salud: es el conjunto de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud.
2. Prestadores de servicios de salud: se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados conforme a la norma.
3. Proveedores de tecnologías de salud: Se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud en el marco del Sistema General de Seguridad en Social en Salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.
4. Entidades responsables de pago y demás pagadores: se entiende por entidades responsables de pago, las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades en prestación de servicios de salud y provisión de tecnologías para la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud –EPS–, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas. Los demás pagadores, corresponden a las entidades administradoras de los regímenes especiales y de excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, las compañías de seguros autorizadas para ofrecer las pólizas SOAT, los planes voluntarios de salud (planes de atención complementaria, planes de medicina prepagada y pólizas de seguros y otros planes autorizados) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS): es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud a los usuarios del Sistema de Salud, que se requiere para los procesos de dirección, regulación y control, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo 2 de la presente resolución y son soporte de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud.
6. Validación única: proceso de revisión de los datos contenidos en los RIPS y su consistencia con las variables comunes de la factura electrónica de venta en salud, realizado por el facturador electrónico en salud con el propósito de obtener el certificado de aprobación del contenido, la estructura y las relaciones entre los datos

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

de los RIPS como soporte de la factura, a través del mecanismo que determine el Ministerio. Este proceso se realiza de manera previa al envío de la factura electrónica de venta en salud, los RIPS y demás soportes a la entidad responsable de pago o demás pagadores.

7. Servicio web – SW: tecnología que utiliza un conjunto de protocolos y estándares que sirven para intercambiar datos entre aplicaciones
8. Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO: está conformado por bases de datos y sistemas de información del sector sobre oferta y demanda de servicios de salud, calidad de los servicios, aseguramiento, financiamiento, promoción social. Contiene información oportuna, suficiente y estandarizada para la toma de decisiones del Sector Salud y Protección Social, centrada en el usuario.

ARTÍCULO 4. De los datos de reporte. Las entidades referidas en el artículo 2 de la presente resolución, deben utilizar los datos básicos que se refieren a la transacción, al servicio y tecnología de salud y al valor facturado, así:

1. Datos relativos a la transacción
2. Datos relativos a los usuarios
3. Datos relativos a los servicios y tecnologías de salud y a los valores facturados:
 - a. Datos de las consultas
 - b. Datos de los procedimientos
 - c. Datos de la urgencia con observación
 - d. Datos de hospitalización
 - e. Datos de recién nacidos
 - f. Datos de medicamentos
 - g. Datos de otros servicios

La estructura de los datos que conforman el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se define en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 5. Fuente de los datos sobre la prestación individual de servicios y tecnologías de salud. Las fuentes de datos sobre la prestación individual de servicios y tecnologías de salud son: i) la historia clínica, ii) los registros asistenciales para el caso de las intervenciones colectivas, iii) el servicio de información de medicamentos o iv) el registro de dispositivos médicos e insumos para el caso de proveedores de tecnologías en salud; así mismo, la factura de venta de servicios y tecnologías de salud.

Los campos de datos relacionados con la identificación de los usuarios y el detalle administrativo y asistencial de los servicios y tecnologías de salud objeto de la factura electrónica de venta en salud, estarán contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS, guardando la respectiva relación con la factura, los cuales serán entregados con los demás soportes, según corresponda, para la radicación y el inicio del trámite de pago de la factura electrónica de venta en salud.

ARTÍCULO 6. Flujo y reporte de datos. Conjuntamente con la expedición de la factura electrónica de venta en salud deben generarse sus RIPS y una vez surtido el proceso de

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

validación previa de la factura electrónica de venta a cargo de la DIAN, los facturadores electrónicos del sector salud deberán realizar la validación única de los RIPS a través del mecanismo tecnológico que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual certificará estructura, contenido y relación de los datos de los RIPS. Este mecanismo de validación única de los RIPS y la forma de disposición de los datos a las entidades responsables de pago y demás pagadores, será establecido por este Ministerio.

Las reglas únicas de validación según las cuales se evaluarán las condiciones de estructura, contenido y relación de la información reportada, se detallan en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. Adicionalmente, este Ministerio dispondrá un documento de lineamientos técnicos para el reporte de RIPS, que será publicado en la página institucional del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las entidades responsables de pago y demás pagadores no podrán usar reglas de validación diferentes o adicionales a las definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y su incumplimiento dará lugar a las sanciones por parte de las entidades de inspección, vigilancia y control.

ARTÍCULO 7. Utilidad de los RIPS. La generación y el uso de los datos de los RIPS es obligatoria y se constituye en fuente de información autorizada para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, y deben ser consistentes con la factura electrónica de venta en salud y los soportes de ésta.

Las entidades referidas en el artículo 2 de la presente resolución, deben incorporar y usar en sus procesos de información, los contenidos y estructura definidos en los RIPS.

ARTÍCULO 8. Obligatoriedad del reporte. Los facturadores electrónicos del sector salud deben reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todas las atenciones de salud realizadas y una vez validada la factura electrónica de venta en salud por parte de la DIAN y considerando al RIPS como soporte de la factura, estos deben ser presentados por parte del facturador electrónico del sector salud en una sola entrega a las entidades responsables de pago o demás pagadores y al Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones técnicas que defina el Ministerio.

Con la entrega a la entidad responsable de pago o demás pagadores, de la factura electrónica de venta en salud, sus RIPS y los demás soportes determinados en la normatividad vigente, procederá el proceso de radicación definido en el artículo 5 de la Resolución _____ de 2022.

Cuando se realicen notas crédito, notas débito y demás instrumentos electrónicos a la factura electrónica de venta en salud, los RIPS deberán actualizarse conforme a dichos documentos, debiendo enviarse por parte de los obligados a reportar los registros RIPS que los soportan, los cuales surtirán el proceso de validación única y disposición a las partes.

Parágrafo 1. Los facturadores electrónicos del sector salud y demás entidades obligadas a reportar RIPS, las entidades responsables de pago y demás pagadores, no podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura y especificaciones técnicas definidas en la presente resolución.

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Parágrafo 2. Las entidades responsables de pago y demás pagadores no podrán solicitar estadísticas o reportes consolidados que puedan ser obtenidos a partir de los datos definidos para esta Resolución.

Parágrafo 3. Cuando se presenten glosas relacionadas con los RIPS, conforme a lo definido en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuesta y en el caso que estas no afecten el valor de la factura electrónica de venta en salud y no generan notas crédito o notas débito, la corrección de los RIPS relacionados con las mismas deberá ser informada al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo el mecanismo que esta entidad determine.

Parágrafo 4. En los casos de facturas electrónicas de venta en salud relacionadas con contratos bajo la modalidad de pago por capitación, deberá cumplirse con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 5 de la Resolución ____ de 2022.

ARTÍCULO 9. Procesos informáticos en los facturadores electrónicos en salud y demás entidades obligadas a reportar RIPS. Los obligados a reportar son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. Generación o actualización de datos: Para ello deben,
 - a. Estandarizar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura que se definen en la presente resolución.
 - b. Hacer el registro de los datos con la prestación o provisión del servicio o tecnología de salud.
 - c. Garantizar la confiabilidad, calidad, oportunidad y validez de los datos, así como su respectivo almacenamiento.
 - d. Garantizar que al momento de generar o actualizar el dato, este cumpla con las condiciones de estructura, contenido y relaciones definidas para su adecuada validación.
2. Validación única: Previo a su transferencia conforme al mecanismo definido por el Ministerio, debe certificarse la consistencia de éstos, en cuanto a los valores que asumen los campos y las relaciones de los RIPS como soporte a la factura electrónica de venta en salud.
3. Envío de datos: Luego de obtener la certificación resultante de la validación única, los facturadores electrónicos del sector salud deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, los RIPS y el respectivo archivo de la factura electrónica de venta en salud con validación previa de la DIAN, según el mecanismo definido por el Ministerio.

ARTÍCULO 10. Plataforma de transporte de datos y especificaciones para el envío. Los facturadores electrónicos del sector salud y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los RIPS a través del servicio web del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de acuerdo con las especificaciones que éste determine.

ARTÍCULO 11. Responsabilidad en el tratamiento seguro de los datos. Todas las entidades involucradas en la generación, custodia, validación, envío y recepción de los datos del RIPS, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de la Ley 1712 de 2014, del capítulo 25 del

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, y las normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 12. Seguridad de la información y protección de datos personales. Las entidades definidas en el artículo 2 de la presente resolución garantizarán al interior de sus procesos informáticos y con los terceros involucrados, la veracidad, confidencialidad, integridad, custodia y disponibilidad de los datos de los RIPS y deberán utilizar y garantizar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, extracción, secuestro y cualquier acceso o uso indebido o fraudulento o no autorizado a la misma, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de conformidad con la Ley 527 de 1999, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, la Ley 594 de 2000, la Ley 2015 de 2020 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO 13. Inspección, vigilancia y control. La inobservancia de las disposiciones contenidas en la presente resolución será objeto de las funciones de inspección, vigilancia y control de los organismos competentes.

ARTÍCULO 14. Transitoriedad. A partir del 1 de julio de 2022, las entidades definidas en el Artículo 2 de la presente resolución deben entregar los RIPS conforme lo previsto en la presente resolución y su anexo técnico, mientras se cumple este plazo los RIPS deberán ser entregados en las estructuras definidas en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas relacionadas.

ARTÍCULO 15. Vigencia y derogatoria: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación, y deroga a partir del 1 de julio de 2022 las Resoluciones 4924 de 1998, 4144 de 1999, 1077 y 3374 de 2000, 951 de 2002, 1531 y 4449 de 2014.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los,

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

ANEXO TÉCNICO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS DATOS DE PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD

1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo establecido en esta resolución y con el fin de unificar la estructura de datos sobre la prestación individual de servicios y tecnologías de salud, para la transferencia en medio tecnológico, se imparten a continuación instrucciones para la correcta generación de los RIPS para la validación única correspondiente.

Para la generación y validación de los RIPS, estos se deberán transmitir en formato JSON (JavaScript Object Notation). Por sus características este formato es fácil de leer y escribir y permite que cualquier software lo analice y genere con facilidad.

En el nivel granular, JSON consta de varios tipos de datos y a continuación los que se usarán para los RIPS:

- Cadena
- Número
- Objeto
- Arreglo
- Nulo

1.1 Definiciones

- JSON (JavaScript Object Notation): es un formato de texto para el intercambio de datos. JSON es un subconjunto de la notación literal de objetos de JavaScript, aunque hoy, debido a su amplia adopción como alternativa a XML, se considera un formato de lenguaje independiente. Un objeto JSON comienza y termina con llaves {}. Puede tener dos o más pares de propiedades/valor dentro, con una coma para separarlos. Así mismo, cada propiedad es seguida por dos puntos para distinguirla del valor. Ejemplo:

```
{ "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC", "numDocumentoIdentificacion" : "1017345840" }
```

- Propiedades: Son cadenas de caracteres (strings). Como su nombre en español lo indica, estas contienen una secuencia de caracteres rodeados de comillas.
- Valor: Los valores son un tipo de datos JSON valido. Puede tener la forma de un arreglo, objeto, cadena, booleano, número o nulo.
- Cadena: una cadena en JSON se compone de caracteres Unicode, con escape de barra invertida. Ejemplo de un valor tipo cadena:

```
{ "nombre" : "Pedro" }
```

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

- Número: El número JSON sigue el formato de punto flotante de precisión doble de JavaScript. Ejemplo de valores tipo número:

```
{ "numero1" : 210, "numero2" : 310 }
```

- Objeto: El tipo de datos de objeto JSON es un conjunto de pares de nombre o valor insertados entre {} (corchetes rizados). Las claves deben ser cadenas y deben ser únicas separadas por comas. Ejemplo para un objeto "Usuario":

```
{ "Usuario": {  
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",  
    "numDocumentoIdentificacion" : "1017345840",  
    "fechaNacimiento" : "2000-01-01 12:00:00",  
    "codSexo" : "M",  
    "codPaisResidencia" : 170  
}
```

- Arreglo: El tipo de datos de array o arreglo en JSON representa una lista ordenada de cero o más valores los cuales pueden ser de cualquier tipo. Los valores se separan por comas y el vector se mete entre corchetes. Ejemplo de un arreglo de un objeto "Usuario" con dos registros de usuario:

```
{ "Usuario": [  
    {  
        "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",  
        "numDocumentoIdentificacion" : "1017345840",  
        "fechaNacimiento" : "2000-01-01 12:00:00",  
        "codSexo" : "M",  
        "codPaisResidencia" : 170  
    },  
  
    {  
        "tipoDocumentoIdentificacion" : "TI",  
        "numDocumentoIdentificacion" : "1013920388",  
        "fechaNacimiento" : "2007-01-01 16:30:00",  
        "codSexo" : "F",  
        "codPaisResidencia" : 170  
    }  
]
```

1.2 Calidad de la información

En el presente Anexo Técnico se especifican las características que deben cumplir los datos de RIPS y su relación con la factura electrónica de venta para que sean validados adecuadamente según el mecanismo definido por el Ministerio.

Las reglas de validación son integrales y se aplican en la siguiente secuencia:

- Validaciones de estructura

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Son aquellas relacionadas con las características de las estructuras de presentación de los datos:

- Sintaxis JSON
 - Nombres de propiedades (son sensibles a minúsculas y mayúsculas)
 - Requerimiento mínimo de propiedades por objeto
- Validaciones de contenido

Son aquellas validaciones relacionadas con las características de cada uno de los campos de datos: los valores permitidos, tamaño y tipo. Corresponden a la utilización y consistencia con los valores permitidos según tablas propias de SISPRO o tablas de referencia externas al mismo, así como a la obligatoriedad del dato. Se validará que el valor informado para cada campo corresponda a las características establecidas en el presente anexo técnico.

- Validaciones de relación

Son aquellas validaciones relacionadas con cruces entre los datos informados de los RIPS: entre el contenido de datos propios o de datos de referencia de catálogos externos, así como de datos informados en la factura electrónica de venta.

De acuerdo con el resultado de la validación, la verificación y confirmación de las reglas de validación se subdividen en:

- RIPS rechazados: cuando los RIPS no pasaron una o varias de las validaciones de estructura, contenido o relación obligatorias. Para continuar con el proceso de radicación, todos los RIPS deben pasar las validaciones obligatorias.
- RIPS aprobados: cuando los RIPS superen todas las validaciones de estructura, contenido y relación obligatorias.
- RIPS notificados: además de las validaciones obligatorias, existen validaciones no obligatorias que buscan mejorar la calidad del dato. El no cumplimiento de estas validaciones será notificado como advertencias sin generar rechazo de los RIPS.

El resultado de la validación significará el rechazo o la aprobación de los RIPS y la respectiva notificación, si se da el caso, por consideraciones para tener en cuenta sobre los datos informados.

El rechazo informará el código de la validación aplicado y sobre el cual no cumplió el dato del campo informado.

Cuando el resultado sea "RIPS aprobados" significa que en completitud los RIPS cumplieron con las validaciones susceptibles a ser rechazadas. Tanto para "RIPS rechazados" como para "RIPS aprobados" se podrán notificar reglas de validación. Estas notificaciones no impiden la radicación de los RIPS y la factura electrónica de venta ante la ERP o demás pagadores.

Valores negativos: todos los valores monetarios deberán ser expresados en valores positivos. Se informa la generación de la regla RVG01

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Cantidad de tecnologías de salud y otros servicios: se informa que las cantidades dispensadas, administradas o entregadas deben corresponder a valores positivos mayores a cero "0". Se informa la generación de la regla RVG01

1.3 Convenciones utilizadas en las tablas

A continuación, se presenta la definición de las estructuras de las tablas de definición del formato de contenido y generación de RIPS, así como de las reglas de validación.

1.3.1 Columnas de las tablas de datos RIPS

Columna	Descripción
ID Campo	Identificador único del dato que servirá de base para la codificación de notificaciones o errores de cada uno de ellos
Campo	Nombre del dato a registrar
Descripción	Descripción del dato y su significado
Tipo	Tipo de dato
Tamaño	Tamaño del dato
Observaciones	Observaciones importantes sobre el campo, incluyendo listas de valores posibles, validaciones si aplican, entre otras.
Versión	Versión que el campo fue introducido en el formato, o versión en que ha sido modificado por la última vez

1.3.2 Columnas de la tabla de validaciones generales

Columna	Descripción
ID Validación	Identificador de la regla de validación
Y	Efecto de la regla de validación: • R: Rechazo, el procesamiento correspondiente ha encontrado problemas que impiden el procesamiento de la solicitud • N: Notificación: el procesamiento correspondiente ha encontrado indicios de potenciales problemas, los cuales no impiden el procesamiento de la solicitud
Regla	Descripción de la regla de validación
ID Mensaje	Código de mensaje correspondiente a la regla de validación
Mensaje	Mensaje de respuesta como resultado de un rechazo o el de una notificación
Versión	Versión de las reglas de validación

1.3.3 Columnas de la tabla validaciones por campo

Columna	Descripción
ID Validación	Identificador de la regla de validación
ID Campo	Identificador del campo al cual aplica la validación
Y	Efecto de la regla de validación: • R: Rechazo, el procesamiento correspondiente ha encontrado problemas que impiden el procesamiento de la solicitud • N: Notificación: el procesamiento correspondiente ha encontrado indicios de potenciales problemas, los cuales no impiden el procesamiento de la solicitud
Regla	Descripción de la regla de validación
ID Mensaje	Código de mensaje correspondiente a la regla de validación

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Columna	Descripción
Mensaje	Mensaje de respuesta como resultado de un rechazo o el de una notificación
Versión	Versión de las reglas de validación

1.4 Tipo de datos de RIPS

Los tipos de datos se ajustan según los tipos de datos permitidos en JSON y sobre los cuales aplicaran validaciones de contenido.

Tipo	Descripción
C	Cadena: compuesto por una cadena de texto y se denota entre comillas dobles. Acepta caracteres UNICODE permitidos en JSON sin tener en cuenta caracteres especiales. Algunos ejemplos: "M" para el sexo masculino en el campo sexo; "01" para el tipo de usuario contributivo cotizante. La fecha y hora debe ser informado de tipo cadena con el formato "AAAA-MM-DD HH:MM", de acuerdo con datos de interoperabilidad IHC Resolución 866 de 2021. Ejemplo "2022-02-22 13:52". Cuando no se tenga información y el campo lo permita se debe informar "null" (sin comillas dobles).
N	Numérico: compuesto por número pares o impares y se denota sin comillas. Solamente son aceptados los números enteros positivos usando cero "0" a nueve "9". No se deben informar separadores de miles. Cuando no se tenga información y el campo lo permita se debe informar cero "0".

1.5 Tamaño de los datos

Existen datos con tamaño fijo y datos con tamaño variable. Los datos de tamaño fijo no admiten información con otro número de posición diferente a la que se establece, es decir, la información en este tipo de configuración siempre tiene exactamente el mismo tamaño. Los datos de tamaño variable admiten un rango de número de posiciones que varía de un mínimo hasta un máximo. En caso de que la información no utilice el número máximo de posiciones, no se deben incluir caracteres para rellenar el espacio, tales como ceros, blancos o espacios.

Los datos de tamaño variable que tienen el valor cero "0" como tamaño mínimo admiten que sean informados sin contenido, en este caso, el facturador electrónico en salud declara que no existe o no se encuentra disponible la información correspondiente informando "null".

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Formato	Descripción
x	Tamaño exacto del dato • Ejemplo: 5 - Informar menos o más de 5 posiciones tendrá como resultado el rechazo de los RIPS
x-y	Tamaño mínimo de "x", máximo de "y" • Ejemplo: 0-10 - Es posible expresar ningún valor ("null"), porque se permite el tamaño "0" - Informar más de diez posiciones tendrá como resultado el rechazo de los RIPS
Valores separados por comas	El dato deberá ser informado con tamaño de exactamente una de las opciones listadas • Ejemplo: 1, 3, 5, 8 significa que se debe informar el elemento con uno de estos cuatro tamaños fijos

Ejemplos de cómo se deben informar los valores en los elementos numéricos de acuerdo con el formato especificado:

Formato	Para informar	Llenar dato con
0-11	1,105	1105
	1,105.13	No es posible
	0	0
	Para no informar dato	null
1-11	1,105	1105
	1,105.13	No es posible
	0	0
	Para no informar dato	No es posible
0,2	15	15
	1	No es posible
	0	No es posible
	Para no informar dato	null

1.6 Gradualidad de las validaciones

Las siguientes validaciones que en la presente resolución se denominaron como "N: Notificación, serán de obligatorio cumplimiento en las fechas previstas en la siguiente tabla:

Códigos de validación	Obligatoriedad a partir de
RVC067, RVC041, RVC042, RVC054, RVC055, RVC063, RVC056, RVC064, RVC066, RVC008, RVC010, RVC058, RVC059, RVC005, RVC036, RVC038, RVC049, RVC050, RVC029, RVC030, RVC031, RVC032, RVC033, RVC034	01/11/2022
RVC016, RVC017, RVC018, RVC019, RVC020, RVC021, RVC022, RVC023, RVC024, RVC027, RVC028, RVC060,	01/01/2023

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Códigos de validación	Obligatoriedad a partir de
RVC083, RVC052, RVC053, RVC068, RVC069, RVC070, RVC071, RVC072, RVC073, RVC074, RVC075, RVC076, RVC077, RVC078, RVC079, RVC084, RVC085, RVC086	

1.7 Aspectos para tener en cuenta

- Las ejemplificaciones tienen como propósito mostrar al usuario el uso de los datos de RIPS de acuerdo con casuísticas particulares de la prestación del servicio. En este sentido las ejemplificaciones NO son ejemplos de RIPS reales y las reglas y condiciones son las que están establecidas en el presente Anexo Técnico.
- Con base en lo anterior, en caso de existir diferencias entre las ejemplificaciones y el Anexo Técnico, siempre prevalece el Anexo Técnico
- Los campos opcionales NO deben ser informados de manera obligatoria, es decir, en el momento de la generación de los RIPS dichos campos son optativos para la generación del RIPS. Si decide informarlo, el campo opcional tendrá las validaciones que se señalen en el presente documento.

2. ESPECIFICACIONES DEL MEDIO DE INTERCAMBIO DE DATOS PARA VALIDACIÓN DE RIPS Y FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD

2.1 Estándar del archivo

Se aceptará un archivo estándar JSON (JavaScript Object Notation - Notación de Objetos de JavaScript) junto con un archivo .ZIP que contiene la factura electrónica de venta validada por la DIAN.

2.2 Características del archivo JSON

En un archivo JSON, se deben informar los datos de RIPS que soportan la factura electrónica de venta en salud emitida por un FES, según la siguiente estructura:

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
Datos relativos a la transacción	Objeto	transaccion	Objeto que contiene los datos (propiedades/valor) que permiten relacionar los RIPS con la factura electrónica de venta
Datos relativos a los usuarios	Objeto con arreglo	usuarios	Un objeto usuario que permite informar en un arreglo uno o muchos usuarios cada uno con las propiedades/valores respectivos

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
Datos relativos al servicio y tecnologías de salud y a los valores facturados	Objeto	serviciosTecnologias	Dentro de cada usuario se crea el objeto "serviciosTecnologias" dentro del cual se deben informar los objetos respectivos a los servicios prestados y facturados (consultas, procedimientos, urgencias con observación, hospitalizaciones, medicamentos, otros servicios o recién nacidos). Sólo se informan los objetos sobre los cuales se prestó y facturó el servicio.
Datos de las consultas	Objeto con arreglo	consultas	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "consultas" el cual debe incluir dentro de un arreglo cada una de las consultas realizadas y facturadas con sus respectivas propiedades/valores
Datos de los procedimientos	Objeto con arreglo	procedimientos	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "procedimientos" el cual debe incluir dentro de un arreglo cada uno de los procedimientos realizados y facturados con sus respectivas propiedades/valores
Datos de la urgencia con observación	Objeto con arreglo	urgencias	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "urgencias con observación" el cual debe incluir dentro de

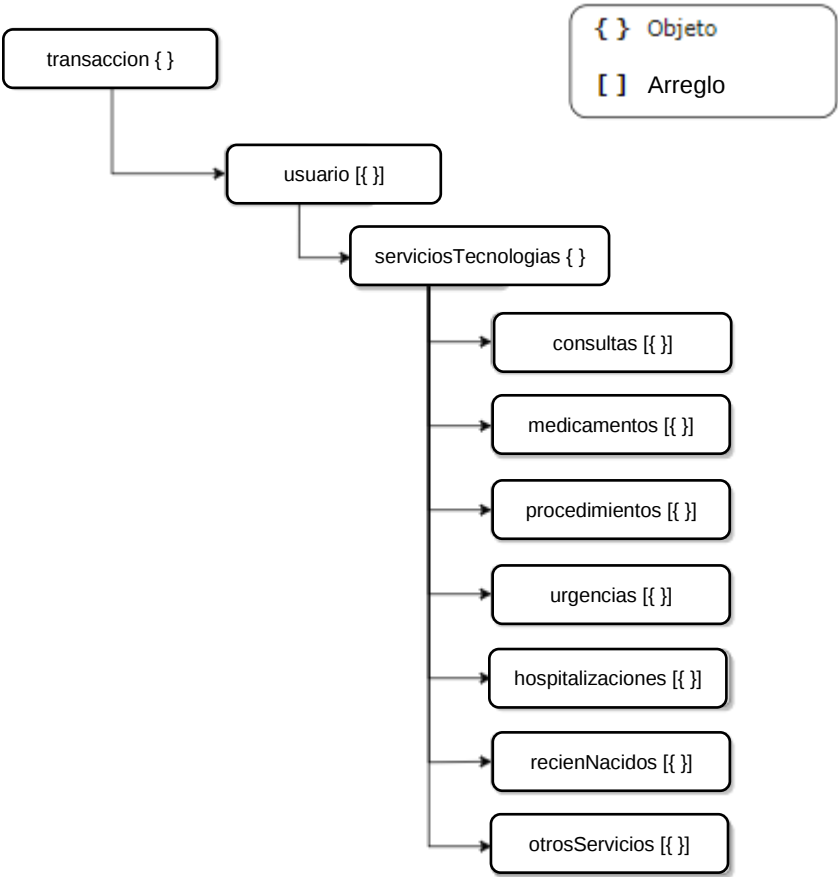
Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
			un arreglo cada una de las urgencias con observación realizados y facturados con sus respectivas propiedades/valor
Datos de hospitalización	Objeto con arreglo	hospitalizacion	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "hospitalización" el cual debe incluir dentro de un arreglo los datos correspondientes a la prestación en el servicio de hospitalización con sus respectivas propiedades/valor
Datos de recién nacidos	Objeto con arreglo	recienNacidos	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "recienNacidos" el cual debe incluir dentro de un arreglo los datos del recién nacido el cual debe estar relacionado con el objeto usuario.
Datos de medicamentos	Objeto con arreglo	medicamentos	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "medicamentos" el cual debe incluir dentro de un arreglo los datos del(os) medicamento(s) facturado(s) con sus respectivas propiedades/valor
Datos de otros servicios	Objeto con arreglo	otrosServicios	Dentro del objeto "servicios" se crea el objeto "Otros servicios" el cual debe incluir dentro de un arreglo los datos de los otros servicios facturados

Continuación de la Resolución: "Por la cual se modifica de la Resolución 3374 de 2000"

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
			con sus respectivas propiedades/valor

A continuación, se diagrama a manera de ejemplo la estructura JSON que se espera recibir de los RIPS



Como mínimo, se debe informar “Datos relativos a la transacción”, “Datos relativos a los usuarios”, y por lo menos uno de los “Datos relativos al servicio de salud y valores facturas” (consultas, procedimientos, urgencias, hospitalización, recién nacidos, medicamentos u otros servicios) y sólo lo objetos que tengan datos. Se informa la generación de la regla RVG01

3. DETALLE DE LOS DATOS DE RIPS

3.1 Datos relativos a la transacción

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
T01	numDocumentoldObligado	Número del NIT con el cual se identifique el facturador electrónico en salud	N	9	Se requiere que el número de NIT del facturador electrónico en salud coincida con el número de NIT registrado en la factura electrónica de venta. El número de NIT del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedor de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales. Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, procedimientos, medicamentos y otros servicios.	1
T02	numFactura	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta	1

Ejemplo:

`{"transaccion": {"NumeroIdFES": 900123456, "NumeroFactura": "QM5001"}}`

3.2. Datos relativos a los usuarios

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
U01	tipoDocumentIdentificacion	Tipo de documento de identificación del usuario	S	2	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CN: Certificado de nacido vivo AS: Adulto sin identificar MS: Menor sin identificar DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal SI: Sin identificación	1
U02	numDocumentIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.	S	4-20		1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
U03	tipoUsuario	Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el Sistema de Salud	S	2	01: Contributivo cotizante 02: Contributivo beneficiario 03: Contributivo adicional 04: Subsidiado 05: No afiliado 06: Especial o Excepción cotizante 07: Especial o Excepción beneficiario 08: Personas privadas de la libertad a cargo del Fondo Nacional de Salud 09: Tomador / Amparado ARL 10: Tomador / Amparado SOAT 11: Tomador / Amparado Planes voluntarios de salud 12: Particular El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	1

U04	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento	S	16	La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS. Según la fecha de nacimiento se deberá tener en cuenta el tipo de identificación del usuario de la siguiente manera: Si el usuario tiene 6 años o menos, el tipo de documento debe ser "Registro civil", si no cuenta con este documento y si tiene tres años o menos, se puede registrar "Certificado de nacido vivo", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar". Si el usuario tiene entre 7 y 17 años , el tipo de documento debe ser "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar". Si el usuario tiene 18 años o más, el tipo de documento debe ser "Cédula de ciudadanía", si no cuenta con este documento y si tiene hasta 19 años se puede registrar "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento se puede registrar	1
-----	-----------------	---------------------	---	----	---	---

				"Pasaporte", si no cuenta con este documento se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Adulto sin identificar". Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años. Si se informa finalidad de "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se debe validar que el usuario tenga entre 9 a 60 años.	
--	--	--	--	--	--

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
U05	codSexo	Identificador de sexo según aparece en el documento de identificación registrado en el campo "numDocumentIdentificacion".	S	1	M: Masculino F: Femenino I: Indeterminado / intersexual Si es un adulto sin identificación o un menor sin identificación registrar el sexo declarado o el identificado por el profesional que realiza la atención. Si se informan datos de recién nacido, se debe validar que el usuario tenga sexo "Femenino". Si se informa finalidad de "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se debe validar que el usuario sea de sexo "femenino".	1
U06	codPaisResidencia	Código del país de residencia habitual	N	3	Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1	1
U07	codMunicipioResidencia	Código del municipio de residencia habitual	S	0, 5	Código a cinco caracteres según la clasificación sociopolítica del DANE	1
U08	codZonaTerritorialResidencia	Identificador del DANE para determinar la zona de residencia del usuario.	S	0, 2	01: Urbana 02: Rural	1
U09	incapacidad	Identificador de la expedición de una incapacidad soportada en la atención en salud que se reporta en RIPS	S	2	01: Si 02: No	1

Ejemplo:

```
{ "usuarios": [
  {
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
    "numDocumentoIdentificacion" : "1017345840",
    "tipoUsuario" : "01",
    "fechaNacimiento" : "2020-01-01 08:23",
    "codSexo" : "M",
    "codPaisResidencia" : 170,
    "codMunicipioResidencia" : "05134",
    "codZonaTerritorialResidencia" : "01",
    "incapacidad" : "02",
  }
]
}
```

3.3 Datos relativos al servicio y tecnologías de salud y a los valores facturados

Objeto que agrupa los servicios y tecnologías de salud prestados y facturados.

Ejemplo:

```
{ "servicios":
  {
    "Consultas": [
      {
      }
    ],
    "Procedimientos": [
      {
      }
    ]
  }
}
```

```

    }
  ],
  "urgencias": [
    {

    }
  ],
  "hospitalizacion": [
    {

    }
  ],
  "recienNacidos": [
    {

    }
  ],
  "medicamentos": [
    {

    }
  ],
  "otrosServicios": [
    {

    }
  ]
}
}
```

3.3.1 Datos de las consultas

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoldObligado.	1
C02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de la consulta	S	16	La fecha y hora de la consulta no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS, ni menor a la fecha de nacimiento del usuario. Así mismo, no podrá encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta	1
C03	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago o demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación o provisión de servicios o tecnologías de salud.	S	0-20	Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa "null".	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C04	codConsulta	Código de la consulta definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS.	S	6	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta. El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario. El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad y causa. El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta. El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día. El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal. Si se informan registros de en el grupo de servicios de internación o el servicio de urgencias el código CUPS se puede validar que sea de consultas intrahospitalarias (interconsultas) y que se encuentre dentro del periodo de internación o de observación de urgencias Ver catálogo "CUPS" en SISPRO	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C05	modalidadGrupoServicioTecSal	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios	S	2	01: Intramural 02: Extramural unidad móvil 03: Extramural domiciliaria 04: Extramural jornada de salud 06: Telemedicina interactiva 07: Telemedicina no interactiva 08: Telemedicina telexperticia 09: Telemedicina telemonitoreo	1
C06	grupoServicios	Representa el conjunto de servicios que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir.	S	2	01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación 04: Quirúrgico 05: Atención inmediata	1
C07	codServicio	Código del servicio que según la norma de habilitación del SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recurso humano, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	N	3, 4	Ver catalogo "Servicios" en SISPRO	1

C08	finalidadTecnologiaSalud	Identificador de la finalidad con que se realiza la consulta	S	2 11: Valoración integral para la promoción y mantenimiento 12: Detección temprana de enfermedad general 13: Detección temprana de enfermedad laboral 15: Diagnóstico 16: Tratamiento 17: Rehabilitación 18: Paliación 19: Planificación familiar y anticoncepción 20: Promoción y apoyo a la lactancia materna 21: Atención básica de orientación familiar 22: Atención para el cuidado preconcepcional 23: Atención para el cuidado prenatal 24: Interrupción Voluntaria del Embarazo 25: Atención del parto y puerperio 27: Atención para el seguimiento del recién nacido 43: Modificación de la estética corporal (fines estéticos) 44: Otra La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario. Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que	1
-----	--------------------------	--	---	--	--------------

				motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”. Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas	
--	--	--	--	--	--

				relacionadas con la IVE o a "Atención de población materno perinatal", para los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo sin especificación de causal hasta la semana 24 de gestación. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal". se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", "Planificación familiar y anticoncepción", "Promoción y apoyo a la lactancia materna", "Atención básica de orientación familiar", "Atención para el cuidado preconcepcional", "Atención para el cuidado prenatal", "Interrupción Voluntaria del Embarazo", "Atención del parto y puerperio" o "Atención para el seguimiento del	
--	--	--	--	--	--

					recién nacido” se puede validar que el tipo de pago compartido sea “No aplica pago compartido”. Si la finalidad informada corresponde a “Valoración integral para la promoción y mantenimiento” el código de CIE únicamente puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	
--	--	--	--	--	---	--

C09	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud – consulta	S	2	21: Accidente de trabajo 22: Accidente en el hogar 23: Accidente de tránsito de origen común 24: Accidente de tránsito de origen laboral 25: Accidente en el entorno educativo 26: Otro tipo de accidente 27: Evento catastrófico de origen natural 28: Lesión por agresión 29: Lesión auto infligida 30: Sospecha de violencia física 31: Sospecha de violencia psicológica 32: Sospecha de violencia sexual 33: Sospecha de negligencia y abandono 34: IVE relacionado con peligro a la Salud o vida de la mujer 35: IVE por malformación congénita incompatible con la vida 36: IVE por violencia sexual, incesto o por inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentida 37: Evento adverso en salud 38: Enfermedad general 39: Enfermedad laboral 40: Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales 42: Atención de población materno perinatal 44: Otros eventos Catastróficos 45: Accidente de mina antipersonal – MAP 46: Accidente de Artefacto Explosivo Improvisado – AEI 47: Accidente de Munición Sin Explotar- MUSE 48: Otra víctima de conflicto armado colombiano 49: Riesgo ambiental	1
-----	---------------------	---	---	---	---	---

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C10	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente) El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
C11	codDiagnosticoRelacionado1	Código del diagnóstico relacionado número 1 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
C12	codDiagnosticoRelacionado2	Código del diagnóstico relacionado número 2 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C13	codDiagnosticoRelacionado3	Código del diagnóstico relacionado número 3 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
C14	tipoDiagnosticoPrincipal	Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado o presuntivo	S	2	01: Impresión diagnóstica 02: Confirmando nuevo 03: Confirmando repetido	1
C15	tipoDocumentoidentificacion	Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó la consulta	S	2	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal	1
C16	numDocumentoidentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que realizó la consulta	N	1-20		1
C17	vrConsulta	Valor de la consulta de acuerdo al tarifario utilizado.	N	1-10	Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C18	tipoPagoCompartido	Tipo de pago compartido según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	N	1	1: Cuota moderadora 3: Bono o vale de plan voluntario 4: No aplica pago compartido Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores compartidos de planes voluntarios.	1
C19	valorPagoCompartido	Valor del pago compartido	N	1-10	Cuando no aplique pago compartido se debe informar cero "0". Si el tipo de pago compartido es "Cuota moderadora" o "Bono o vale de plan voluntario" el valor del pago compartido debe ser mayor o igual a uno "1". El valor del pago compartido informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos compartidos informados en RIPS.	1
C20	numFEVPagoCompartido	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo C19				1

Ejemplo:

```
{ "Consultas": [  
    {
```

```

    "codPrestador" : "0519999999901",
    "fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",
    "numAutoriacion" : "45",
    "codConsulta" : "890201",
    "modalidadGrupoServicioTecSal" : "09",
    "grupoServicios" : "01",
    "finalidadTecnologiaSalud" : "11",
    "causaMotivaAtencion" : "21",
    "codDiagnosticoPrincipal" : "L031",
    "codDiagnosticoRelacionado1" : "L032",
    "codDiagnosticoRelacionado2" : null,
    "codDiagnosticoRelacionado3" : null,
    "tipoDiagnosticoPrincipal" : "01",
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
    "numDocumentoIdentificacion" : "80100200",
    "vrConsulta" : 36341,
    "tipoPagoCompartido" : 4,
    "valorPagoCompartido" : null,
    "numFEVPagoCompartido" : "AF0987232"
  }
}
```

3.3.2 Datos de los procedimientos

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedores de tecnologías de salud o prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.	1
P02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de realización del procedimiento	S	16	La fecha y hora del procedimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS, ni menor a la fecha de nacimiento del usuario. Así mismo, no podrá encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta	1
P03	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	S	0-20	En caso de procedimientos financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES. Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa “null”.	1

P04	codProcedimiento	Código del procedimiento definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS.	S	6	El código de CUPS puede corresponder a una cobertura de procedimiento. El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario. El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad y causa. El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta. El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día. El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal. El código de CUPS se puede validar con el tiempo de estancia del paciente. Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto y además el grupo de servicios informado es internación se puede validar que cuente con datos de hospitalización. Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto se puede validar que cuente con datos de recién nacido. Ver catálogo "CUPS" en SISPRO.	1
-----	------------------	---	---	---	--	---

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P05	viaIngresoServicioSalud	Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio	S	2	01: Demanda espontánea 02: Derivado de consulta externa 03: Derivado de urgencias 04: Derivado de hospitalización 05: Derivado de sala de cirugía 06: Derivado de sala de partos 07: Recién nacido en la institución 08: Recién nacido en otra institución 09: Derivado o referido de hospitalización domiciliaria 10: Derivado de atención domiciliaria 11: Derivado de telemedicina 12: Derivado de jornada de salud 13: Referido de otra institución 14: Contrarreferido de otra institución	1
P06	modalidadGrupoServicioTecSal	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios	S	2	01: Intramural 02: Extramural unidad móvil 03: Extramural domiciliaria 04: Extramural jornada de salud 05: Extramural -Extramural (Atención prehospitalaria o transporte asistencial) 06: Telemedicina interactiva 07: Telemedicina no interactiva 08: Telemedicina teleexperticia 09: Telemedicina telemonitoreo	1
P07	grupoServicios	Representa el conjunto de servicios que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir.	S	2	01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación 04: Quirúrgico 05: Atención inmediata	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P08	codServicio	Código del servicio que según la norma de habilitación del SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recurso humano, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	N	3, 4	Ver catalogo "Servicios" en SISPRO	1

P09	finalidadTecnologiaSalud	Identificador de la finalidad con que se realiza el procedimiento	S	2	12: Detección temprana de enfermedad general 13: Detección temprana de enfermedad laboral 14: Protección específica 15: Diagnóstico 16: Tratamiento 17: Rehabilitación 18: Paliación 19: Planificación familiar y anticoncepción 20: Promoción y apoyo a la lactancia materna 22: Atención para el cuidado preconcepcional 23: Atención para el cuidado prenatal 24: Interrupción Voluntaria del Embarazo 25: Atención del parto y puerperio 26: Atención para el cuidado del recién nacido 27: Atención para el seguimiento del recién nacido 28: Preparación para la maternidad y la paternidad 29: Promoción de actividad física 30: Promoción de la cesación del tabaquismo 31: Prevención del consumo de sustancias psicoactivas 32: Promoción de la alimentación saludable 33: Promoción para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos 34: Promoción para el desarrollo de habilidades para la vida 35: Promoción para la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales 36: Promoción de la sana convivencia y el tejido social 37: Promoción de un ambiente seguro y de cuidado y protección del ambiente 38: Promoción del empoderamiento para el ejercicio del derecho a la salud 39: Promoción para la adopción de prácticas de crianza y cuidado para la salud 40: Promoción de la capacidad de la agencia y cuidado de la salud 41: Desarrollo de habilidades cognitivas	1
-----	--------------------------	---	---	---	--	---

				42: Intervención colectiva 43: Modificación de la estética corporal (fines estéticos) 44: Otra La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario. Si la finalidad informada corresponde a “Intervención colectiva” se puede validar que el código CUPS corresponda a un código de intervención colectiva según el anexo 5 de la CUPS.	
--	--	--	--	--	--

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P10	tipoDocumentoidentificacion	Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento	S	2	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal	1
P11	numDocumentoidentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento	N	1-20		1
P12	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente), excepto en procedimientos de promoción y prevención cuando la finalidad corresponda. El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	
P13	codDiagnosticoRelacionado	Código del diagnóstico relacionado número 1 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P14	codComplicación	Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
P15	vrProcedimiento	Valor del procedimiento de acuerdo a las tarifas establecidas en el acuerdo de voluntades	N	1-15	Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P16	tipoPagoCompartido	Tipo de pago compartido según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	N	1	1. Cuota moderadora 2. Copago 3. Bono o vale de plan voluntario 4. No aplica pago compartido Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores compartidos de planes voluntarios.	1
P17	valorPagoCompartido	Valor del pago compartido	N	1-10	Cuando no aplique pago compartido se debe informar cero "0". Si el tipo de pago compartido es "Cuota moderadora" o "Bono o vale de plan voluntario" el valor del pago compartido debe ser mayor o igual a uno "1". El valor del pago compartido informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos compartidos informados en RIPS.	1
P18	numFEVPagoCompartido	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo P17				1

Ejemplo:

```
{ "procedimientos": [  
  {  
    "codPrestador" : "0519999999901",  
    "fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",  
    "numAutoriacion" : null,  
    "codProcedimiento" : "895100",  
    "viaIngresoServicioSalud" : "01",  
    "modalidadRealizaTS" : "01",  
    "grupoServicios" : "04",  
    "finalidadTecnologiaSalud" : "44",  
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",  
    "numDocumentoIdentificacion" : "80100200",  
    "codDiagnosticoPrincipal" : "E109",  
    "codDiagnosticoRelacionado" : null,  
    "codComplicacion" : null,  
    "vrProcedimiento" : 49700,  
    "tipoPagoCompartido" : 4,  
    "valorPagoCompartido" : null,  
    "numFevPagoCompartido" : "AF0987232"  
  }  
]
```

3.3.3 Datos de la urgencia con observación

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoldObligado.	1
R02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de ingreso del usuario a urgencias con observación	S	16	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS ni menor a la fecha de nacimiento del usuario. Así mismo, no debe ser mayor a la fecha y hora de egreso.	1

R03	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud	S	2	21: Accidente de trabajo 22: Accidente en el hogar 23: Accidente de tránsito de origen común 24: Accidente de tránsito de origen laboral 25: Accidente en el entorno educativo 26: Otro tipo de accidente 27: Evento catastrófico de origen natural 28: Lesión por agresión 29: Lesión auto infligida 30: Sospecha de violencia física 31: Sospecha de violencia psicológica 32: Sospecha de violencia sexual 33: Sospecha de negligencia y abandono 34: IVE relacionado con peligro a la salud o vida de la mujer 35: IVE por malformación congénita incompatible con la vida 36: IVE por violencia sexual, incesto o por inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentida 37: Evento adverso en salud 38: Enfermedad general 39: Enfermedad laboral 42: Atención de población materno perinatal 44: Otros eventos Catastróficos 45: Accidente de mina antipersonal – MAP 46: Accidente de Artefacto Explosivo Improvisado – AEI 47: Accidente de Munición Sin Explotar-MUSE 48: Otra víctima de conflicto armado colombiano 49: Riesgo ambiental	1
-----	---------------------	--	---	---	---	---

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R04	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal de ingreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R05	codDiagnosticoPrincipalE	Código del diagnóstico principal de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R06	codDiagnosticoRelacionadoE1	Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R07	codDiagnosticoRelacionadoE2	Código del diagnóstico relacionado 2 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R08	codDiagnosticoRelacionadoE3	Código del diagnóstico relacionado 3 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R09	condicionDestino	Identificador para determinar la condición y el destino del paciente al egreso de la atención de urgencia con observación, según aplique	S	2	01: Paciente con destino a su domicilio 02: Paciente muerto 03: Paciente derivado a otro servicio 04: Referido a otra institución 05: Contra referido a otra institución 06: Derivado o referido a hospitalización domiciliaria 07: Derivado a servicio social Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente muerto", para este no se informen registros de servicios con fecha y hora posterior a la muerte. Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R10	codDiagnosticoCausaMuerte	Código del diagnóstico de causa básica de muerte confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el Certificado de defunción. Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto". El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R11	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del usuario de urgencias con observación	S	16	En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del usuario. La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS ni menor a la fecha de nacimiento del usuario. Así mismo, no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta. El rango comprendido entre la fecha/hora de ingreso y la fecha/hora de egreso no puede superar las 48 horas.	1

Ejemplo:

```
{ "urgencias": [  
  {  
    "codPrestador" : "0519999999901",  
    "fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",  
    "causaMotivoAtencion" : "21",  
    "codDiagnosticoPrincipal" : "K459",  
    "codDiagnosticoPrincipalE" : "K459",  
    "codDiagnosticoRelacionadoE1" : null,  
    "codDiagnosticoRelacionadoE2" : null,  
    "codDiagnosticoRelacionadoE3" : null,  
    "condicionDestino" : null,  
    "codDiagnosticoMuerte" : null,  
    "fechaEgreso" : "2021-12-12 14:22"  
  }  
]
```

}
]
}

3.3.4 Datos de hospitalización

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoldObligado	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H02	viaIngresoServicioSalud	Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio	S	2	02: Derivado de consulta externa 03: Derivado de urgencias 05: Derivado de sala de cirugía 06: Derivado de sala de partos 07: Recién nacido en la institución 08: Recién nacido en otra institución 09: Derivado o referido de hospitalización domiciliaria 10: Derivado de atención domiciliaria 11: Derivado de telemedicina 12: Derivado de jornada de salud 13: Referido de otra institución 14: Contrarreferido de otra institución Se puede validar que según la vía de ingreso informada se cuenten con los registros respectivos de la atención realizada en la misma institución previo al ingreso a hospitalización.	1
H03	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de ingreso del usuario a hospitalización	S	16	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS. Así mismo, no debe ser mayor a la fecha y hora de egreso.	1
H04	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	S	20	Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa "null".	1

H05	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud	S	2	21: Accidente de trabajo 22: Accidente en el hogar 23: Accidente de tránsito de origen común 24: Accidente de tránsito de origen laboral 25: Accidente en el entorno educativo 26: Otro tipo de accidente 27: Evento catastrófico de origen natural 28: Lesión por agresión 29: Lesión auto infligida 30: Sospecha de violencia física 31: Sospecha de violencia psicológica 32: Sospecha de violencia sexual 33: Sospecha de negligencia y abandono 34: IVE relacionado con peligro a la salud o vida de la mujer 35: IVE por malformación congénita incompatible con la vida 36: IVE por violencia sexual, incesto o por inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentida 37: Evento adverso en salud 38: Enfermedad general 39: Enfermedad laboral 42: Atención de población materno perinatal 44: Otros eventos Catastróficos 45: Accidente de mina antipersonal – MAP 46: Accidente de Artefacto Explosivo Improvisado – AEI 47: Accidente de Munición Sin Explotar-MUSE 48: Otra víctima de conflicto armado colombiano 49: Riesgo ambiental	1
-----	---------------------	--	---	---	---	---

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H06	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal de ingreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H07	codDiagnosticoPrincipalE	Código del diagnóstico principal de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente) El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H08	codDiagnosticoRelacionadoE1	Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H09	codDiagnosticoRelacionadoE2	Código del diagnóstico relacionado 2 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H10	codDiagnosticoRelacionadoE3	Código del diagnóstico relacionado 3 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H11	codComplicacion	Código del diagnóstico de complicación confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H12	condicionDestinoUsuarioEgreso	Identificador para determinar la condición y destino del usuario al egreso de hospitalización	S	2	01: Paciente con destino a su domicilio 02: Paciente muerto 04: Referido a otra institución 05: Contra referido a otra institución 06: Derivado o referido a hospitalización domiciliaria 07: Derivado a servicio social Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente muerto", para este no se informen registros de servicios con fecha y hora posterior a la muerte. Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H13	codDiagnosticoCausaMuerte	Código del diagnóstico de causa básica de muerte confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 8	Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el Certificado de defunción. Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto" El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
H14	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del usuario de hospitalización	S	16	En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del usuario. La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS. Así mismo, no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta. Se puede validar si la estancia fue menor a 6 horas.	1

Ejemplo:

```
{ "hospitalizacion": [  
  {  
    "codPrestador" : "0519999999901",  
    "viaIngresoServicioSalud" : "02",  
    "fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",  
    "numAutorizacion": "0102342",  
    "causaMotivoAtencion" : "21",  
    "codDiagnosticoPrincipal" : "K459",  
    "codDiagnosticoPrincipalE" : "K459",  
    "codDiagnosticoRelacionadoE1" : null,  
    "codDiagnosticoRelacionadoE2" : null,  
    "codDiagnosticoRelacionadoE3" : null,  
    "codComplicacion" : null,  
    "condicionDestino" : null,  
    "codDiagnosticoMuerte" : null,  
    "fechaEgreso" : "2021-12-12 14:22"  }  
]
```

}
]
}

2.3.1. Datos de recién nacido

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
N01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
N02	tipoDocumentIdentificacion	Identificador del tipo de identificación del recién nacido de acuerdo con su documento de identificación. Para el recién nacido aplican CN, MS o RC, los demás aplican sólo a la madre.	S	2	CN: Certificado de nacido vivo RC: Registro civil MS: Menor sin identificar En ningún caso el recién nacido debe carecer de documento de identificación. Para recién nacido únicamente aplica certificado de "nacido vivo", "registro civil" o "menor sin identificar". Para la madre se debe informar el resto de tipos de documentos.	1
N03	NumDocumentIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la madre o del recién nacido	N	1-20	En caso de que el recién nacido aún no cuente con documento de identificación se debe registrar el de la madre el cual debe coincidir con el registro de usuario.	1
N04	fechaNacimiento	Fecha y hora de nacimiento del recién nacido	S	16	La fecha y hora de nacimiento no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	1
N05	edadGestacional	Número de semanas de gestación de la madre al momento del parto	N	2	Se puede validar que la edad gestacional se encuentre entre 20 a 46 semanas.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
N06	numConsultasCPrenatal	Número de consultas para el cuidado prenatal	N	2		1
N07	CodSexoBiologico	Identificador del sexo del recién nacido	S	2	01: Hombre 02: Mujer 03: Indeterminado / intersexual	1
N08	peso	Peso en gramos del recién nacido	N	4	Se puede validar que el peso en gramos del recién nacido este dentro del rango 500 - 5000 gramos	1
N09	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente	S	4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
N10	condicionDestinoUsuarioEgreso	Identificador para determinar la condición y destino del recién nacido al egreso	S	2	01: Paciente con destino a su domicilio 02: Paciente muerto 03: Paciente derivado a otro servicio 04: Referido a otra institución 05: Contra referido a otra institución 06: Derivado o referido a hospitalización domiciliaria 07: Derivado a servicio social Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente muerto", para este no se informen registros de servicios con fecha y hora posterior a la muerte. Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
N11	codDiagnosticoCausaMuerte	Código del diagnóstico confirmado o presuntivo de la causa básica de muerte del recién nacido si esta ocurrió en las primeras 24 horas de nacido, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el Certificado de defunción. Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto" El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). Ver catálogo "CIE10" en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
N12	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del recién nacido	S	16	En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del recién nacido La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS. Así mismo, no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta. La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	1

Ejemplo:

```
{ "recienNacidos": [  
  {  
    "codPrestador" : "0519999999901",  
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "RC",  
    "NumDocumentoIdentificacion" : "10172349991",  
    "fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40",  
    "edadGestacional" : 40,  
    "numConsultasCPrenatal" : 6,  
    "CodSexoBiologico" : "02",  
    "peso" : 1850,  
    "codDiagnosticoPrincipal" : "K469",  
    "condicionDestino" : "03",  
    "codDiagnosticoCausaMuerte" : null,  
    "fechaEgreso" : "2019-05-25 09:30"  
  }  
]
```

}

3.3.5 Registro de datos de medicamentos

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	0, 12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedores de tecnologías en salud o prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoldObligado.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M02	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	S	0-20	En caso de medicamentos financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES. Cuando el medicamento no requiera autorización se informa "null".	1
M03	idMIPRES	Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de medicamentos financiados con presupuesto máximo.	S	0, 15	Cuando el medicamento no es financiado por presupuesto máximo se debe informar "null" a menos que el medicamento sea solicitado a través de la herramienta MIPRES, en este caso debe informar el número de ID de entrega correspondiente. Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES.	1
M04	fechaDispensAdmon	Corresponde a la fecha y hora en la cual se dispensó o administró el medicamento al paciente	S	16	La fecha y hora de dispensación no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS, ni menor a la fecha y hora de nacimiento del usuario. Así mismo, no podrá encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M05	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	4, 6	El diagnóstico principal para el caso de medicamentos, debe ser por el cual se hace necesaria la formulación del medicamento. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
M06	codDiagnosticoRelacionado	Código del diagnóstico relacionado número 1 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades	S	0, 4, 6	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Ver catálogo “CIE10” en SISPRO o el catálogo que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
M07	tipoMedicamento	Identificador para determinar el tipo de medicamento de acuerdo con uso.	S	2	01: Medicamento con uso según registro sanitario 02: Medicamento con uso como vital no disponible definido por INVIMA 03: Preparación magistral 04: Medicamento con uso no incluido en el registro sanitario (Listado UNIRS) Para la opción "03: Preparación magistral" genere un registro por cada uno de los principios activos. Si el medicamento es UNIRS se puede validar que se encuentre en el listado de UNIRS.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M08	codTecnologiaSalud	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes para medicamentos esenciales codificación vigente	S	0-20	El código del medicamento será el Identificador Único de Medicamento – IUM. Para los medicamentos que no cuentan con IUM se deberá registrar el Código Único de Medicamento – CUM. Para las preparaciones magistrales se debe informar el campo "null". Se podrá validar la existencia del IUM o del CUM en el catálogo respectivo de SISPRO.	1
M09	nomTecnologiaSalud	Descripción textual del medicamento en nombre genérico	S	0-30	Registre para el caso de preparación magistral la descripción textual del principio activo del medicamento en nombre genérico (Denominación Común Internacional). Para los otros tipos de medicamentos puede informar "null". Ver catalogo “Denominación Común Internacional (DCI)”, disponible en SISPRO.	1
M10	concentracionMedicamento	Descripción de la concentración del medicamento indicando la cantidad del principio activo.	N	0-3	Registre para el caso de preparación magistral la concentración del medicamento indicando la cantidad del principio activo. Para los otros tipos de medicamentos puede informar "null".	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M11	unidadMedida	Unidad de medida del principio activo	N	0-4	Registre para el caso de preparación magistral la unidad de medida de la concentración del principio activo. Para los otros tipos de medicamentos puede informar "null". Ver catalogo "Unidad de Medida de Medicamento (UMM)", disponible en SISPRO.	1
M12	formaFarmaceutica	Código de la forma farmacéutica del medicamento.	S	0, 6, 8	Registre para el caso de preparación magistral la forma farmacéutica del medicamento. Para los otros tipos de medicamentos puede informar "null". Ver catálogo "Forma farmacéutica (FFM)", disponible en SISPRO.	1
M13	unidadMinDispensa	Código de la unidad de medida del medicamento.	N	1-2	Unidad mínima de medida en la que se dispensó el medicamento (Vial, tableta, frasco) En los casos en que la dispensación se reporte en unidades de medida diferentes, por ejemplo, en Unidades Internacionales o miligramos, deberá coincidir con los datos asociados como el valor unitario, entre otros según aplique. Ver Catálogo "Unidades de presentación (UPR)", disponible en SISPRO.	1
M14	cantidadMedicamento	Cantidad de unidades mínimas del medicamento dispensadas o administradas	N	1-10	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M15	diasTratamiento	Corresponde al número de días para los cuales se realiza la dispensación del medicamento	N	1-3	Corresponde al número de días para los cuales se realiza la dispensación del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones sino aproximar al número más alto de días (expresado en días completos)	1
M16	tipoDocumentIdentificacion	Tipo de documento de identificación de la persona que prescribió el medicamento	S	2	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal	1
M17	numDocumentIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que prescribió el medicamento	N	1-20		1
M18	vrUnitMedicamento	Valor unitario del medicamento por unidad mínima de dispensación, según los precios pactados.	N	1-15	Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
M19	vrTotalMedicamento	Valor total del medicamento dispensado, según los precios pactados	N	1-15	Este valor NO incluye la cuota moderadora.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M20	tipoPagoCompartido	Tipo de pago compartido según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	N	1	1. Cuota moderadora 3. Bono o vale de plan voluntario 4. No aplica pago compartido Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores compartidos de planes voluntarios.	1
M21	valorPagoCompartido	Valor del pago compartido	N	1-10	Cuando no aplique pago compartido se debe informar cero "0" Si el tipo de pago compartido es "Cuota moderadora" o "Bono o vale de plan voluntario" el valor del pago compartido debe ser mayor o igual a uno "1". El valor del pago compartido informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos compartidos informados en RIPS.	1
M22	numFEVPagoCompartido	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo M21				1

Ejemplo:

```
{ "medicamentos": [  
  {  
    "codPrestador" : "0519999999901",  
    "numAutorizacion" : null,  
    "idMIPRES" : "1017232344",  
    "fechaDispensAdmon": "2019-05-10 12:40",  
    "codDiagnosticoPrincipal" : "K469",  
    "codDiagnosticoRelacionado" : null,  
    "tipoMedicamento" : "01",  
    "codTecnologiaSalud" : "1A1014721001104",  
    "nomTecnologiaSalud" : null,  
    "concentracionMedicamento" : null,  
    "unidadMedida" : null,  
    "formaFarmaceutica" : "OTRAS SOLUCIONES",  
    "unidadMinDispensa" : null,  
    "cantidadMedicamento" : 10,  
    "diasTratamiento" : 365,  
    "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",  
    "numDocumentoIdentificacion" : "10234561292",  
    "vrUnitMedicamento" : 150000,  
    "vrTotalMedicamento" : 1500000,  
    "tipoPagoCompartido" : 4,  
    "valorPagoCompartido" : 0,  
    "numFEVCuotaPV" : null,  
  }  
]
```

3.3.6 Datos de otros servicios

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	S	0, 12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedores de tecnologías de salud o prestadores exceptuados del registro en REPS. Para proveedor de tecnologías de salud debe informar el campo como “null”. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S02	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	S	0-20	En caso de tecnologías de salud o servicios complementarios financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES. Cuando el servicio de salud no requiera autorización se deja el campo vacío.	1
S03	idMIPRES	Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de tecnologías de salud financiados con presupuesto máximo.	N	0, 15	Cuando el servicio no es financiado por presupuesto máximo se debe informar "null" a menos que el medicamento sea solicitado a través de la herramienta MIPRES, en este caso debe informar el número de ID de entrega correspondiente. Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES.	1
S04	fechaSuministroTecnologia	Corresponde a la fecha y hora en la cual se realizó, dispensó, administró o entregó otros servicios, según aplique.	S	16	La fecha y hora no debe ser mayor a la de validación de los RIPS. Así mismo, no podrá encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S05	tipoOS	Identificador para determinar el tipo de otros servicios	S	2	01: Dispositivos médicos e insumos 02: Traslados 03: Estancias 04: Servicios complementarios Tener en cuenta que los servicios complementarios solamente son los financiados por presupuestos máximos. Los APME deben registrarse como servicios complementarios. Las estancias se deben validar con el registro de urgencias u hospitalizaciones informadas.	1

S06	codTecnologiaSalud	Código del otro servicio de acuerdo con las codificaciones vigentes o aquella utilizada por el facturador electrónico en salud para casos excepcionales.	S	20	El código del dispositivo médico e insumo debe corresponder al código usado por el facturador electrónico en salud. El código del traslado, transporte o estancia debe corresponder al código dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. El código de servicios complementarios debe corresponder al código dado por la tabla de referencia MIPRES. El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de otros servicios. El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario. El código CUPS puede corresponder al grupo de servicios informado. El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta. El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día. El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal. Ver catálogo "CUPS" en SISPRO.	1
-----	--------------------	--	---	----	--	---

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S07	nomTecnologiaSalud	Nombre del otro servicio	S	0, 60	Descripción del dispositivo médico e insumo de la entidad obligada a reportar. Si el tipo de otro servicio es diferente a "01: Dispositivos médicos e insumos" puede informar este campo como "null".	1
S08	cantidadOS	Cantidad entregada de otros servicios	N	5	Para dispositivos médicos, insumos, traslados y servicios complementarios: informar en unidades Para estancia: informar la cantidad de días	1
S09	tipoDocumentIdentificacion	Tipo de documento de identificación de la persona que ordena otros servicios.	S	0, 2	CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PE: Permiso Especial de Permanencia DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal Este dato debe aplicar únicamente para los tipos de otros servicios: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios"	1
S10	numDocumentIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que ordena otros servicios.	N	0, 20	Este dato debe aplicar únicamente para los tipos de otros servicios: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios"	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S11	vrUnitOS	Valor unitario de otros servicios.	N	1-15	Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
S12	vrTotalOS	Valor total de otros servicios	N	1-15		1
S13	tipoPagoCompartido	Tipo de pago compartido según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	N	1	1. Cuota moderadora 3. Bono o vale de plan voluntario 4. No aplica pago compartido Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores compartidos de planes voluntarios.	1
S14	valorPagoCompartido	Corresponde al valor pagado por el usuario, por concepto de cuota moderadora.	N	1-15	Aplica únicamente para servicios ordenados en atenciones ambulatorias. Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. En el caso de la cuota moderadora, cuando se aplica a órdenes de varios ítems, deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros. Cuando no aplique cuota moderadora registrar cero "0"	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S15	numFEVPagoCompartido	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo S14				1

Ejemplo:

```
{
  "otrosServicios": [
    {
      "codPrestador" : "0519999999901",
      "numAutorizacion" : null,
      "idMIPRES" : "1034284847",
      "fechaSuministroTecnologia": "2019-05-10 18:12",
      "tipoOS" : "01",
      "codTecnologiaSalud" : "T2387G",
      "nomTecnologiaSalud" : "Dispositivo",
      "cantidadOS" : 1,
      "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
      "numDocumentoIdentificacion" : "10234561292",
      "vrUnitOS" : 350000,
      "vrTotalOS" : 350000,
      "tipoPagoCompartido" : 4,
      "valorPagoCompartido" : 0,
      "numFEVCuotaPV" : null,
    }
  ]
}
```

3.4 Ejemplo general de un archivo JSON con toda la estructura de datos completa

```
{
  "transaccion": {"NumeroIdFES": 900123456, "NumeroFactura": "QM5001"},

  "usuarios": [
    {
      "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
      "numDocumentoIdentificacion" : "1017345840",
      "tipoUsuario" : "01",
      "fechaNacimiento" : "2020-01-01 08:23",
      "codSexo" : "M",
      "codPaisResidencia" : 170,
      "codMunicipioResidencia" : "05134",
      "codZonaTerritorialResidencia" : "01",
      "incapacidad" : "02",

      "servicios":
      {
        "consultas": [
          {
            "codPrestador" : "0519999999901",
            "fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",
            "numAutoriacion" : "45",
            "codConsulta" : "890201",
            "modalidadGrupoServicioTecSal" : "09",
            "grupoServicios" : "01",
            "finalidadTecnologiaSalud" : "11",
```

```
"causaMotivaAtencion" : "21",
"codDiagnosticoPrincipal" : "L031",
"codDiagnosticoRelacionado1" : "L032",
"codDiagnosticoRelacionado2" : null,
"codDiagnosticoRelacionado3" : null,
"tipoDiagnosticoPrincipal" : "01",
"tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
"numDocumentoIdentificacion" : "80100200",
"vrConsulta" : 36341,
"tipoPagoCompartido" : 4,
"valorPagoCompartido" : null,
"numFevPagoCompartido" : "AF0987232"
}
],
"procedimientos": [
{
"codPrestador" : "0519999999901",
"fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",
"numAutoriacion" : null,
"codProcedimiento" : "895100",
"viaIngresoServicioSalud" : "01",
"modalidadRealizaTS" : "01",
"grupoServicios" : "04",
"finalidadTecnologiaSalud" : "44",
"tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
"numDocumentoIdentificacion" : "80100200",
"codDiagnosticoPrincipal" : "E109",
"codDiagnosticoRelacionado" : null,
"codComplicacion" : null,
"vrProcedimiento" : 49700,
```

```
"tipoPagoCompartido" : 4,
"valorPagoCompartido" : null,
"numFevPagoCompartido" : "AF0987232"
}
],
"urgencias": [
{
"codPrestador" : "0519999999901",
"fechaInicioAtencion" : "21",
"causaMotivoAtencion" : "K459",
"codDiagnosticoPrincipal" : null,
"codDiagnosticoPrincipalE" : null,
"codDiagnosticoRelacionadoE1" : null,
"codDiagnosticoRelacionadoE2" : null,
"codDiagnosticoRelacionadoE3" : null,
"condicionDestino" : null,
"codDiagnosticoMuerte" : null,
"fechaEgreso" : "2021-12-12 14:22"
}
],
"hospitalizacion": [
{
"codPrestador" : "05199999999901",
"viaIngresoServicioSalud" : "02",
"fechaInicioAtencion" : "2021-11-29 08:10",
"numAutorizacion": "0102342",
"causaMotivoAtencion" : "21",
"codDiagnosticoPrincipal" : "K459",
"codDiagnosticoPrincipalE" : "K459",
"codDiagnosticoRelacionadoE1" : null,
```

```
"codDiagnosticoRelacionadoE2" : null,
"codDiagnosticoRelacionadoE3" : null,
"codComplicacion" : null,
"condicionDestino" : null,
"codDiagnosticoMuerte" : null,
"fechaEgreso" : "2021-12-12 14:22"
},
],
"recienNacidos": [
{
"codPrestador" : "051999999901",
"tipoDocumentoIdentificacion" : "RC",
"NumDocumentoIdentificacion" : "10172349991",
"fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40",
"edadGestacional" : 40,
"numConsultasCPrenatal" : 6,
"CodSexoBiologico" : "02",
"peso" : 1850,
"codDiagnosticoPrincipal" : "K469",
"condicionDestino" : "03",
"codDiagnosticoCausaMuerte" : null,
"fechaEgreso" : "2019-05-25 09:30"
}
],
"medicamentos": [
{
"codPrestador" : "051999999901",
"numAutorizacion" : null,
"idMIPRES" : "1017232344",
"fechaDispensAdmon": "2019-05-10 12:40",
```

```
"codDiagnosticoPrincipal" : "K469",
"codDiagnosticoRelacionado" : null,
"tipoMedicamento" : "01",
"codTecnologiaSalud" : "1A1014721001104",
"nomTecnologiaSalud" : null,
"concentracionMedicamento" : null,
"unidadMedida" : null,
"formaFarmaceutica" : "OTRAS SOLUCIONES",
"unidadMinDispensa" : null,
"cantidadMedicamento" : 10,
"diasTratamiento" : 365,
"tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
"numDocumentoIdentificacion" : "10234561292",
"vrUnitMedicamento" : 150000,
"vrTotalMedicamento" : 1500000,
"tipoPagoCompartido" : 4,
"valorPagoCompartido" : 0,
"numFEVCuotaPV" : null,
}
],
"otrosServicios": [
{
"codPrestador" : "0519999999901",
"numAutorizacion" : null,
"idMIPRES" : "1034284847",
"fechaSuministroTecnologia": "2019-05-10 18:12",
"tipoOS" : "01",
"codTecnologiaSalud" : "T2387G",
"nomTecnologiaSalud" : "Dispositivo",
"cantidadOS" : 1,
```

```
        "tipoDocumentoIdentificacion" : "CC",
        "numDocumentoIdentificacion" : "10234561292",
        "vrUnitOS" : 350000,
        "vrTotalOS" : 350000,
        "tipoPagoCompartido" : 4,
        "valorPagoCompartido" : 0,
        "numFEVCuotaPV" : null,
      }
    }
  }
```

4. Validaciones generales

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVG01	R	Solo se podrá validar los RIPS si cumplen con la estructura establecida	Los RIPS no cumplen con la estructura establecida	1
RVG02	R	Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta	Los datos de RIPS no coinciden con los informados en la factura electrónica de venta	1
RVG03	R	Los RIPS deben contener registros de servicios prestados	No se encuentran servicios prestados relacionados con la factura	1
RVG04	R	El dato informado debe corresponder al tipo de dato requerido	El dato informado no corresponde al tipo de dato requerido	1
RVG05	R	El dato informado debe corresponder al tamaño de dato requerido	El dato informado no corresponde al tamaño de dato requerido	1
RVG06	R	El dato informado debe corresponder al contenido requerido	El dato informado no corresponde al contenido requerido	1

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVG07	R	Los usuarios registrados en la clasificación de usuarios deben estar relacionados en los datos de servicios	Los usuarios informados deben estar informados en su totalidad en todos los tipos de registros	1
RVG08	R	El valor reportado en los servicios debe coincidir con el valor de la factura electrónica de venta	La sumatoria de los valores de los servicios prestados no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta	1
RVG09	R	El valor reportado en las cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o pagos compartidos no coinciden con el valor reportado en la factura electrónica de venta	La sumatoria de los valores de los pagos compartidos no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta	1
RVG10	R	Solo se podrá registrar un facturador electrónico en salud por RIPS y factura electrónica de venta	Existen distintos facturadores de servicios de salud	1
RVG11	R	Los profesionales que realizan consultas, procedimientos, prescriben medicamentos u ordena otros servicios deben estar registrados en RETHUS	El profesional no se encuentra registrado en RETHUS	1
RVG12	N	Usuarios informados con los mismos datos	Existe dos o más usuarios registrados con los mismos datos	1
RVG13	N	Medicamentos con el mismo código informados para el mismo usuario	Existe dos o más medicamentos con el mismo código registrados para el mismo usuario	1
RVG14	N	Si se informan nacimientos múltiples el procedimiento realizado puede corresponder a parto múltiple	Existen dos o más registros de nacidos y la madre no tiene registro de procedimiento de parto múltiple	1

5. Validaciones por campo

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC001	T01	R	Se requiere que el número de NIT del facturador electrónico en salud coincida con el número de NIT registrado en la factura electrónica de venta	El NIT del facturador electrónico en salud informado en RIPS no coincide con el NIT informado en la factura electrónica de venta	1
RVC002	T01	R	El número de NIT del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para para proveedores de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales.	El NIT informado en la factura electrónica de venta o en RIPS no se encuentra en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para para proveedores de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales.	1
RVC003	T01	R	Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, medicamentos y otros servicios	Por ser un proveedor de tecnologías de salud únicamente puede informar datos de usuarios, medicamentos y otros servicios	1
RVC004	T02	R	El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta	El número de la factura informado en RIPS no coincide con el informado en la factura electrónica de venta	1
RVC005	U03	N	El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta	El tipo de usuario no corresponde a un afiliado de la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta	1
RVC006	U04	R	La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS	No es posible que la fecha de nacimiento sea mayor a la fecha de validación de los RIPS	1
RVC007	U04	R	La edad según la fecha de nacimiento debe coincidir con el tipo de documento registrado	El tipo de documento informado no es válido para la edad del usuario	1
RVC008	U04	N	Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años.	Está informando datos de recién nacido para un usuario menor a 9 años o mayor a 60 años	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC009	U04	R	Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se debe validar que el usuario tenga entre 9 a 60 años.	Está informando que se le realizó una interrupción voluntaria del embarazo - IVE a un paciente menor de 9 años o mayor a 60 años	1
RVC010	U05	N	Si se informan datos de recién nacido, se puede validar que el usuario tenga sexo "Femenino".	Está informando datos de recién nacido para un paciente con sexo diferente a "Femenino"	1
RVC011	U05	R	Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se debe validar que el usuario sea de sexo "femenino".	Está informando que se le realizó una interrupción voluntaria del embarazo - IVE a un paciente con sexo diferente a "Femenino"	1
RVC012	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS.	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra registrado en SISPRO.	1
RVC013	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra relacionado con el número de identificación tributaria - NIT informado en los RIPS.	1
RVC014	C02, P02, M04, S04	R	La fecha y hora del servicio no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de la prestación del servicio es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC015	C02, P02, M04, S04	R	La fecha del servicio no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta	La fecha de la prestación del servicio se encuentra por fuera del periodo de facturación.	1
RVC016	C04	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta.	El código CUPS informado no corresponde a una consulta.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC017	C04, P04, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para el sexo informado.	1
RVC018	C04, P04, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	1
RVC019	C04, P04, S06	N	El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.	Tenga en cuenta que para el mismo paciente y en el mismo día no se puede informar más de una vez el código CUPS informado.	1
RVC020	C04, P04, S06	N	El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.	El código CUPS informado no corresponde a un código relacionado con el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE	1
RVC021	P04	N	El código de CUPS puede corresponder a una cobertura de procedimiento.	El código CUPS informado no corresponde a un procedimiento.	1
RVC022	P04	N	El código de CUPS se puede validar con el tiempo de estancia del paciente.	Tenga en cuenta que para el código CUPS informado se requiere de un tiempo de estancia del paciente.	1
RVC023	P04	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto y además el grupo de servicios informado es internación se puede validar que cuente con datos de hospitalización.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto, debe informar en los RIPS datos de hospitalización.	1
RVC024	P04	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto se puede validar que cuente con datos de recién nacido.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto, debe informar en los RIPS datos del recién nacido.	1
RVC025	S06	R	El código del traslado, transporte o estancia debe corresponder al código dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS	El código informado del traslado, transporte o estancia no corresponde a un código CUPS.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC026	S06	R	El código de servicios complementarios debe corresponder al código dado por la tabla de referencia MIPRES	El código de servicios complementarios no corresponde a un código dado en la tabla de referencia de MIPRES	1
RVC027	S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de otros servicios.	El código CUPS informado no corresponde a una cobertura de otros servicios.	1
RVC028	C04	N	Si se informan registros de en el grupo de servicios de internación o el servicio de urgencias el código CUPS se puede validar que sea de consultas intrahospitalarias (interconsultas) y que se encuentre dentro del periodo de internación o de observación de urgencias.	El código CUPS no es de consulta intrahospitalaria o interconsulta y tiene informado datos de hospitalización o urgencias.	1
RVC029	C10, C11, C12, C13, P12, P13, P14, R04, R05, R05, R06, R07, R08, R10, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H13, N09, N11, M05, M06	N	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del paciente.	El código CIE no corresponde al sexo a la edad del paciente.	1
RVC030	C10, C11, C12, C13, R04, R05, H06, H07	N	El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.	El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS de la consulta.	1
RVC031	P12, P13	N	El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado.	El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS del procedimiento.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC032	C10, P12, P14, R04, R05, R10, H06, H07, H11, H13, N09, N11, M05	N	El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente)	El código CIE informado no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente).	1
RVC033	P12, P14, R04, R10, H13, N11	N	El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente).	El código CIE informado no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente).	1
RVC034	P12, P14, R04, R10, H13, N11	N	El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	Tener en cuenta que el código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	1
RVC035	C17, P15, M18, S11	R	Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	Debe ingresar un valor mayor a cero porque la modalidad de pago corresponde a pago por evento.	1
RVC036	C18, P16, M20, S13, S14	N	Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo.	El cobro de la cuota moderadora solamente aplica a pacientes del régimen contributivo.	1
RVC037	C19, P17, M21	R	El valor del pago compartido informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos compartidos informados en RIPS.	El valor del pago compartido informado en la factura electrónica de venta no corresponde a la sumatoria de detalles de valores de pagos compartidos informados en RIPS.	1
RVC038	C18, P16, M20, S13	N	Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores compartidos de planes voluntarios.	El cobro pagos compartidos de planes voluntarios no se realiza a pacientes del régimen contributivo.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC039	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de ingreso es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC040	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de egreso	La fecha y hora de ingreso es mayor a la fecha y hora de egreso.	1
RVC041	R11	N	El rango comprendido entre la fecha/hora de ingreso y la fecha/hora de egreso no puede superar las 48 horas.	Tenga en cuenta que está informando una estancia en urgencias superior a 48 horas.	1
RVC042	H14	N	Se puede validar si la estancia fue menor a 6 horas.	Tenga en cuenta que está informando una estancia en hospitalización menor a 6 horas.	1
RVC043	R10, H13, N11	R	Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto".	No informó la causa básica de muerte la cual es necesaria ya que la condición y destino del usuario al egreso fue "paciente muerte"	1
RVC044	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS	La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC045	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta	La fecha de egreso se encuentra por fuera del periodo de facturación.	1
RVC046	N04	R	La fecha y hora de nacimiento no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS	La fecha y hora de nacimiento es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC047	N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	1
RVC048	N02, N03	R	En caso de que el recién nacido aún no cuente con documento de identificación se debe registrar el de la madre el cual debe coincidir con el registro de usuario.	El documento de la madre no coincide con el documento informado en los datos de usuario.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC049	P03, M02, S02	N	En caso de servicio o tecnología de salud financiado por presupuesto máximos, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES.	El servicio o tecnología de salud es financiado con presupuesto máximo y el número de autorización no corresponde al número de prescripción en MIPRES.	1
RVC050	M03, S03	N	Se puede validar que el número de "ID de entrega" corresponda al registrado en MIPRES	El número de "ID de entrega" no corresponde al registrado en MIPRES	1
RVC051	S09, S10	R	Se debe registrar información de la persona que ordena otros servicios para los tipos: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios"	No ha registrado información sobre la persona que ordenó el dispositivo médico, insumo o servicio complementario.	1
RVC052	C08, P09	N	La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde al sexo o la edad del paciente.	1
RVC053	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la IVE o a "Atención de población materno perinatal", para los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo sin especificación de causal hasta la semana 24 de gestación.	Tenga en cuenta que la finalidad de interrupción voluntaria del embarazo - IVE tiene que tener relación con la causa que motiva la atención.	1
RVC054	R09, H12, N10	N	Se puede validar que, si la condición del usuario al egreso es "Paciente muerto", para este no se informen registros de servicios con fecha y hora posterior a la muerte.	Tenga en cuenta que la condición del paciente es "Paciente muerto" y está informando servicios con fecha y hora posterior a la muerte.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC055	H02	N	Se puede validar que según la vía de ingreso informada se cuenten con los registros respectivos de la atención realizada en la misma institución previo al ingreso a hospitalización.	El paciente no cuenta con servicios informados previo al ingreso a hospitalización.	1
RVC056	M07	N	Si el medicamento es UNIRS se puede validar que se encuentre en el listado de UNIRS.	Tenga en cuenta que está informando un medicamento UNIRS que no se encuentra en el listado de UNIRS autorizado por la entidad competente.	1
RVC057	S05	R	Las estancias se deben validar con el registro de urgencias u hospitalizaciones informadas.	Hay información de estancia(s) pero no se encuentran registros de urgencias u hospitalizaciones que la(s) soporten.	1
RVC058	N05	N	Se puede validar que la edad gestacional se encuentre entre 20 a 46 semanas.	Tenga en cuenta que la edad gestacional no se encuentra entre las 20 y 46 semanas.	1
RVC059	N08	N	Se puede validar que el peso en gramos del recién nacido este dentro del rango 500 - 5000 gramos	El peso del recién nacido no se encuentra entre 500 a 5000 gramos.	1
RVC060	C04, P04	N	El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.	El código CUPS informado no se encuentra relacionado según el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.	1
RVC061	C19, P17, M21	R	Si el tipo de pago compartido es "Cuota moderadora" o "Bono o vale de plan voluntario" el valor del pago compartido debe ser mayor o igual a uno "1".	El valor del pago compartido no es correcto, debe informar un valor numérico mayor o igual a 1.	1
RVC062	C19, P17, M21	R	Cuando no aplique pago compartido se debe informar cero "0".	No es posible informar el valor de un pago compartido si el pago compartido no aplica.	1
RVC063	R09, H12, N10	N	Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.	El paciente fue derivado a otro servicio, pero no se encuentra información de los servicios prestados.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC064	M08	N	Se podrá validar la existencia del IUM o del CUM en el catálogo respectivo de SISPRO	El código IUM o CUM ingresado no se encuentra en el catálogo de datos de IUM o CUM, respectivamente.	1
RVC065	M08	R	Para las preparaciones magistrales se debe informar el campo "null".	Informó un código de tecnología de salud para una preparación magistral y este tipo de tecnología de salud actualmente no tiene codificación.	1
RVC066	M09, M10, M11, M12	N	Para "01: Medicamento con uso según registro sanitario", "02: Medicamento con uso como vital no disponible definido por INVIMA" o "04: Medicamento con uso no incluido en el registro sanitario (Listado UNIRS)" puede informar "null".	Tenga en cuenta que no es necesario que informe dato para el tipo de medicamento informado ya que el Ministerio de Salud y Protección Social obtiene los datos del medicamento informado a partir del código informado.	1
RVC067	S08	N	Si el tipo de otro servicio es diferente a "01: Dispositivos médicos e insumos" puede informar este campo como "null".	Tenga en cuenta que no es necesario que informe dato para el tipo de otro servicio informado ya que el Ministerio de Salud y Protección Social obtiene los datos del servicio a partir del código informado.	1
RVC068	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "40: Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC069	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC070	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC071	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC072	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la “Atención de población materno perinatal”.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC073	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC074	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC075	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC076	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC077	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC078	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal", se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC079	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC080	C02, P02, M04, S04	R	La fecha y hora del servicio no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora de la prestación del servicio es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC081	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora del egreso es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC082	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora de ingreso es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC083	S06	N	El código CUPS puede corresponder al grupo de servicios informado.	El código CUPS informado no corresponde al grupo de servicio informado.	1
RVC084	P09	N	Si la finalidad informada corresponde a "Intervención colectiva" se puede validar que el código CUPS corresponda a un código de intervención colectiva según el anexo 5 de la CUPS.	El código CUPS informado no corresponde a una intervención colectiva	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC085	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a “Valoración integral para la promoción y mantenimiento”, “Planificación familiar y anticoncepción”, “Promoción y apoyo a la lactancia materna”, “Atención básica de orientación familiar”, “Atención para el cuidado preconcepcional”, “Atención para el cuidado prenatal”, “Interrupción Voluntaria del Embarazo”, “Atención del parto y puerperio” o “Atención para el seguimiento del recién nacido” se puede validar que el tipo de pago compartido sea “No aplica pago compartido”.	Para la finalidad informada no le aplican pagos compartidos	1
RVC086	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" el código de CIE únicamente puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	Para la finalidad "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" no puede informar como diagnóstico un código CIE diferente a factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	1