

Vásquez L. Miguel (Compilador). 1994. Las caras lindas de mi gente negra: Legislación histórica para las comunidades negras de Colombia. Santafé de Bogotá. Editores: Plan Nacional de Rehabilitación – PNR-, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD-, Instituto Colombiano de Antropología –ICAN-

Vivero Arriagada, L. A. (2013). La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 111–116.

WHO. (2005). World Health Organization Knowledge Management Strategy. Geneva. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO\\_EIP\\_KMS\\_2005.1.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005.1.pdf)

WHO. (2013). Health in all policies (HiAP) framework for country action. *Health Promotion International*, 29(S1), i19–i28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>

WHO. (2018). Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration>

WHO. (2021). Atención Primaria de Salud. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>

World Bank Group. (2021). Hacia la construcción de una sociedad equitativa en Colombia. Disponible en: <https://www.worldbank.org/es/colombia>

World Health Organization. (2018). Drinking-water. Geneva: WHO. <https://sosresponds.org/water/>

World Health Organization. (18 de 07 de 2021). What are social determinants of health? Obtenido de [http://www.who.int/socialdeterminants/sdh\\_definition/en](http://www.who.int/socialdeterminants/sdh_definition/en).

World Health Organization. (2013.). Handbook on Health Inequality Monitoring With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

(C. F.).

## RESOLUCIÓN NÚMERO 0001036 DE 2022

(junio 15)

por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

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 corresponde al Estado, conforme al artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, entre otras obligaciones, 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) 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 (iii) 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 15 de la Ley 1966 de 2019, determinó que la generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) por parte de los prestadores de servicios de salud, se debe realizar al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente, así mismo, están obligados a generar la factura electrónica en salud para el cobro de los servicios y tecnologías en salud la cual deberán presentar, al mismo tiempo, ante la DIAN y ante la entidad responsable de pago, con sus soportes en el plazo establecido en la ley.

Que en ejercicio de la facultad otorgada en el precitado artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, este Ministerio expidió la Resolución 510 de 2022 que, entre otros, adopta los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud, reiterando, en el artículo 2, que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud son facturadores electrónicos del sector salud.

Que, de otra parte, el Gobierno nacional reglamentó algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, a través del Decreto 441 de 2022 que sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, constituyéndose la factura electrónica de venta en salud y los RIPS, en el mecanismo que permite el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud realizados.

Que, en ese contexto, 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 dadas las modificaciones introducidas en las disposiciones que regulan la factura de salud y las nuevas reglas que rigen las relaciones entre entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud, se hace necesario actualizar la reglamentación sobre los datos básicos de los servicios de salud prestados que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago, recogida en la Resolución 3374 de 2000, modificada por las Resoluciones 951 de 2002 y 1531 de 2014.

Que, en ese escenario, se requiere, estandarizar, racionalizar y regular los procedimientos para la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados, extender el campo de aplicación a todos los actores que tengan parte en este proceso, determinando la oportunidad, seguridad y condiciones que permitan mayor confiabilidad en la entrega de la información.

En mérito de lo expuesto,

### 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, y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta en salud.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las siguientes entidades:

1. Los prestadores de servicios de salud.
2. Los proveedores de tecnologías en salud.
3. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas.
4. Las entidades administradoras de los regímenes Especial y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.
5. Las secretarías de salud del orden departamental, distrital o municipal.
6. Las compañías de seguros autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
7. Las administradoras de planes voluntarios de salud.
8. Las administradoras de riesgos laborales.
9. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).
10. Los organismos que realicen pilotos o estudios de investigación asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.
11. 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.

Estas entidades deberán incorporar y usar en sus procesos de información, los contenidos y estructura definidos en los RIPS.

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, y procedimientos usados para la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte para el efecto.
2. Validación única: proceso de revisión de los datos contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud 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 de los RIPS como soporte de la factura. 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.

Artículo 4°. *Del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)*. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud al (los) usuario(s). El RIPS se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, así como para los procesos de dirección, regulación y control.

El RIPS será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, esto es, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregarlos.

La estructura de los datos que conforman el RIPS se define en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 5°. *De los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.* Los destinatarios de la presente resolución deben utilizar los datos 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:
  - 3.1 Datos de las consultas
  - 3.2 Datos de los procedimientos
  - 3.3 Datos de la urgencia con observación
  - 3.4 Datos de hospitalización
  - 3.5 Datos de recién nacidos
  - 3.6 Datos de medicamentos
  - 3.7 Datos de otros servicios.

Artículo 6°. *Fuente de los datos de la prestación individual de servicios y tecnologías de salud.* Las fuentes de datos de la prestación individual de servicios y tecnologías de salud son:

1. La historia clínica
2. Los registros asistenciales para el caso de las intervenciones colectivas
3. El servicio de información de medicamentos o el registro de dispositivos médicos e insumos para el caso de proveedores de tecnologías en salud
4. 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 estarán contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), guardando 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 7°. *Flujo y reporte de datos.* El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud debe generarse conjuntamente con la factura electrónica de venta en salud, de las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos.

Una vez surtido el proceso de validación previa de la DIAN a la factura o a las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos, en los términos previstos en los artículos 3, 4 y 5 de la Resolución 510 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya, se deberá realizar la validación única del RIPS.

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, por tanto, las entidades responsables de pago y demás pagadores no podrán usar, ni adicionar otras reglas.

Artículo 8°. *Obligatoriedad del reporte.* Los facturadores electrónicos del sector salud deben reportar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todas las atenciones de salud realizadas, como soporte de la factura electrónica de venta en salud con validación previa de la DIAN, en los términos previstos en los artículos 3, 4 y 5 de la Resolución 510 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya.

Si se realizan notas crédito, notas débito y demás instrumentos electrónicos a la factura electrónica de venta en salud, así como la respuesta a glosas, el RIPS deberá actualizarse conforme a dichos documentos, debiendo enviarse por parte de los obligados a reportar el RIPS que los soportan, los cuales surtirán el proceso de validación única y disposición a las partes.

Cuando se presenten glosas relacionadas con el RIPS, conforme a lo definido en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, de cuyo trámite por parte del facturador electrónico se concluya que no afectan el valor monetario facturado y por ende, no generan notas crédito o notas débito, en el caso que estas sean subsanables, el facturador electrónico del sector salud debe presentar la respuesta de glosas soportando en el RIPS el (los) dato(s) que subsana(n) la glosa, permitiendo su ajuste, procediendo para el RIPS, el trámite previsto en el artículo 7° de la presente resolución. La respuesta a glosas y el RIPS soporte de esta, serán enviados a la entidad responsable de pago o demás pagadores y al Ministerio, identificándose según se establece en el Anexo Técnico de la presente resolución.

Parágrafo 1°. Los destinatarios de este acto administrativo no podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura y especificaciones técnicas definidas en la presente resolución.

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 en esta resolución.

Parágrafo 3°. Para efectos del reporte de RIPS, en los contratos bajo la modalidad de pago por capitación, las facturas electrónicas de venta en salud deberán cumplir con lo dispuesto en el parágrafo 2° del artículo 5° de la Resolución 510 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya.

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 deberán:
  - 1.1 Ajustar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura que se definen en la presente resolución.
  - 1.2 Hacer el registro de los datos con la prestación o provisión del servicio o tecnología de salud.
  - 1.3 Garantizar la confiabilidad, calidad, oportunidad y validez de los datos, así como su respectivo almacenamiento.
  - 1.4 Garantizar que al momento de generar o actualizar el dato en su sistema de información, este cumpla con las condiciones de estructura, contenido y relaciones definidas en la presente resolución para su adecuada validación.
2. Validación única: Adelantar el proceso de certificación de la consistencia de los datos, 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, previo a su transferencia.
3. Envío de datos: Luego de obtener la certificación de aprobación resultante de la validación única, los facturadores electrónicos del sector salud deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, los RIPS y el archivo de la factura electrónica de venta en salud con validación previa de la DIAN a través de la plataforma de transporte de datos prevista en el artículo 10 de la presente resolución, y a la entidad responsable de pago o demás pagadores, en los términos señalados en los artículos 4 y 5 de la Resolución 510 de 2022 o la norma que la modifique o sustituya.

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, los enviarán a este Ministerio a través del servicio web, con las especificaciones que esta Cartera determine.

Artículo 11. *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 del 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 de los datos, 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, el Decreto 1377 de 2013, la Ley 594 de 2000, la Ley 2015 de 2020 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 12. *Seguimiento y control.* La Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución, sin perjuicio de las competencias, atribuidas a las demás autoridades, de conformidad con las normas legales vigentes.

Artículo 13. *Transitoriedad.* A partir del 1° de enero de 2023, las entidades definidas en el artículo 2° de la presente resolución deben entregar el RIPS correspondiente a los servicios y tecnologías de salud facturados a partir de esta fecha 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.

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), las entidades responsables de pago y demás pagadores, dispondrán hasta el 30 de junio de 2023 para enviar los RIPS de las atenciones facturadas antes del 1° de enero de 2023, conforme a la periodicidad con la que se remiten durante la operación.

Para la implementación de las disposiciones previstas en el presente acto administrativo, este Ministerio:

1. Determinará el mecanismo de validación única, el cual certificará la estructura, contenido y relación de los datos, así como la transferencia y envío de RIPS al Ministerio de Salud y Protección Social. La forma de disposición de RIPS a las entidades responsables de pago y demás pagadores será definido por las partes.
2. Elaborará un documento de lineamientos técnicos para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la factura.
3. Determinará el servicio web de que trata el artículo 10 de la presente resolución.
4. Dispondrá a las entidades territoriales del orden departamental y distrital, la información relacionada con los RIPS en cuanto a los servicios y tecnologías prestados a la población del área de influencia para la retroalimentación y soportes de registro y seguimiento.

Artículo 14. *Vigencia y derogatoria.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, y deroga, a partir del 30 de junio de 2023, las Resoluciones 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 15 de junio de 2022.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

ANEXO TÉCNICO

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

1. INTRODUCCIÓN

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 establecen las especificaciones técnicas para la correcta generación de RIPS para el proceso de validación única, así como las características que deben cumplir los datos de RIPS en su relación con la factura electrónica de venta.

Para la generación y validación de RIPS, estos se deberán transmitir en formato JSON (JavaScript Object Notation).

En el nivel granular, JSON consta de varios tipos de datos de los cuales se usarán para los RIPS los siguientes:

- 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 válido. 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"}
- 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 ubica 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

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

- Validaciones de estructura  
Son aquellas reglas de validación 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 reglas de validaciones relacionadas con las características de cada uno de los campos de datos, a saber, 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 reglas de 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 rechazado: cuando el RIPS no cumple una o varias de las reglas de validaciones obligatorias de estructura, contenido o relación obligatorias. Para continuar con el proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud, el RIPS que la soporta debe cumplir todas las reglas de validaciones obligatorias.
- RIPS aprobado: cuando el RIPS cumple todas las reglas de validaciones de estructura, contenido y relación obligatorias.
- RIPS notificado: además de las reglas de validaciones obligatorias, existen reglas de validaciones no obligatorias que buscan mejorar la calidad del dato. El no cumplimiento de estas validaciones será notificado como advertencias sin generar rechazo del RIPS.

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

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

Cuando el resultado sea "RIPS aprobado" significa que en completitud el RIPS cumplió con las reglas de validaciones que generan rechazo.

Para "RIPS rechazado" o "RIPS aprobado" se notificará la(s) regla(s) de validación(es) no obligatorias que se incumplen. Cuando el RIPS sea aprobado, estas notificaciones no impiden la radicación del 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 o en cero "0" según corresponda. Se informa la generación de la regla RVG01.

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 en 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
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 aplicarán 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 de la historia clínica conforme a la 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".

Formato	Descripción
x	Tamaño exacto del dato • Ejemplo: 5 - Informar menos o más de 5 posiciones tendrá como resultado el rechazo del 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 del 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 validaciones contenidas en la presente resolución que se denominan "N: Notificación", serán de obligatorio cumplimiento en las fechas que este Ministerio determine.

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 del 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 .XML que contiene la factura electrónica de venta validada por la DIAN.

2.2 Características del archivo JSON

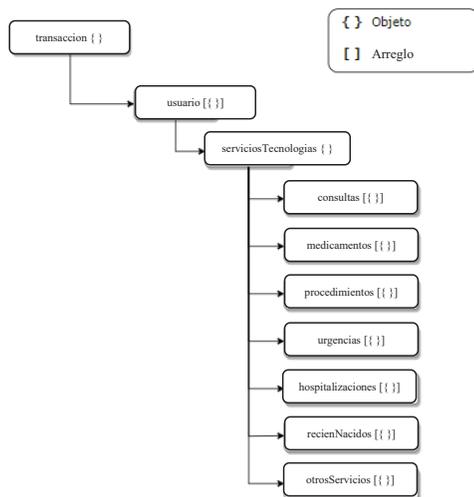
En un archivo JSON, se deben informar los datos de RIPS que soportan la factura electrónica de venta en salud emitida por un FES, según la siguiente estructura:

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

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
			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 un arreglo cada una de las urgencias con observación realizadas y facturadas con sus respectivas propiedades/valor
Datos de hospitalización	Objeto con arreglo	hospitalización	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 (que corresponde a la madre).  Nota: Cuando se presten servicios y tecnologías de salud al recién nacido, sus datos también deberán ser informados en el objeto "usuario" y los servicios prestados en los objetos de servicios respectivos
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(los) medicamento(s) facturado(s) con sus respectivas propiedades/valor

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

A continuación, se diagrama a manera de ejemplo la estructura JSON que se espera recibir del 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	numDocumentoIdObligado	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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
T02	numFactura	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN.			Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, procedimientos, medicamentos y otros servicios.  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
T03	tipoNota	Tipo de nota débito o crédito, o nota ajuste RIPS que se requiere realizar para un ajuste contable o en las facturas, ya sea por errores o por el cambio de condiciones que generan un mayor o menor valor monetario de la respectiva cuenta o la necesidad de ajustar RIPS en aquellos casos cuando no exista ajuste en el valor monetario.	C	0,2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoNota", en web.sispro.gov.co  Cuando el ajuste en los RIPS esté relacionado con el valor monetario de un dato en RIPS se debe utilizar nota crédito o nota débito según corresponda. Por su parte, en aquellos casos cuando el ajuste no esté relacionado con el valor monetario, se debe utilizar la nota ajuste RIPS.  Si los RIPS no corresponden a una nota crédito, nota débito o nota ajuste RIPS, no se debe informar el tipo de nota.	1
T04	numNota	Número de la nota crédito, débito o nota ajuste RIPS emitida por el facturador electrónico en salud.	C	0-20	Número de la nota crédito, nota débito o nota ajuste RIPS generado por el facturador electrónico en salud.  El número de la nota crédito o débito informado en RIPS debe coincidir con el informado a la DIAN en la correspondiente nota crédito o débito.	1

Ejemplo:

```

{
  "numDocumentoIdObligado": "900000000",
  "numFactura": "Fac00000001",
  "tipoNota": null,
  "numNota": null
}
  
```

3.2. Datos relativos a los usuarios

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
U01	tipoDocumentoIdentificacion	Tipo de documento de identificación del usuario.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoIdPISIS", en web.sispro.gov.co.  De acuerdo con la Resolución 4622 de 2016 de este Ministerio, y la Resolución 2153 de 2021 de la ADRES, cuando se utilicen los tipos de documento "AS: Adulto sin identificar" o "MS: Menor sin identificar", se validará que la estructura del número de documento correspondiente a las establecidas en esta norma.	1
U02	numDocumentoIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.	C	4-20		1

U03	tipoUsuario	Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el Sistema de Salud según la cobertura al momento de la atención.	C	2	<p>Informar dato según tabla de referencia: "RIPSTipoUsuarioVersion2", en web.sispro.gov.co.</p> <p>El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.</p> <p>La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS.</p> <p>Según la fecha de nacimiento se deberá tener en cuenta el tipo de identificación del usuario de la siguiente manera:</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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 "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,</p>	1
U04	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del usuario.	C	10	<p>La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS.</p> <p>Según la fecha de nacimiento se deberá tener en cuenta el tipo de identificación del usuario de la siguiente manera:</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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 "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,</p>	1

					se puede registrar "Adulto sin identificar".	
U05	codSexo	Identificador de sexo según aparece en el documento de identificación registrado en el campo "numDocumentoIdentificacion".	C	1	<p>Informar dato según tabla de referencia: "Sexo", en web.sispro.gov.co.</p> <p>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.</p> <p>Si se informan datos de recién nacido, se debe validar que el usuario tenga sexo "Femenino".</p> <p>Si se informa finalidad de "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se puede validar que el usuario sea de sexo "femenino".</p>	1
U06	codPaisResidencia	Código del país de residencia habitual.	C	3	Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1	1
U07	codMunicipioResidencia	Código del municipio de residencia habitual.	C	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.	C	0,2	Informar dato según tabla de referencia: "ZonaVersion2", en web.sispro.gov.co.	1
U09	incapacidad	Identificador de la expedición de una incapacidad soportada en la atención en salud que se reporta en RIPS.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "LstSiNo", en web.sispro.gov.co.	1
U10	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```

{
  "usuarios": [
    {
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "52100200",
      "tipoUsuario": "01",
      "fechaNacimiento": "2000-01-01 08:10",
      "codSexo": "M",
      "codPaisResidencia": "170",
      "codMunicipioResidencia": "05134",
      "codZonaTerritorialResidencia": "01",
      "incapacidad": "02",
      "consecutivo": 1
    },
    {
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "52100200",
      "tipoUsuario": "01",
      "fechaNacimiento": "2000-01-01 08:10",
      "codSexo": "M",
      "codPaisResidencia": "170",
    }
  ]
}

```

```

"codMunicipioResidencia": "05134",
"codZonaTerritorialResidencia": "01",
"incapacidad": "02",
"consecutivo": 2
}
}
}

```

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": [
        {
        }
      ],
      "hospitalización": [
        {
        }
      ],
      "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.	C	12	<p>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 excepluados del registro en REPS.</p> <p>El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoObligado.</p>	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de la consulta.	C	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.	C	0-30	Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa "null".	1
C04	codConsulta	Código de la consulta definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS.	C	6	<p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad y causa.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta.</p> <p>El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.</p> <p>El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.</p> <p>Si se informan registros 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.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co</p>	1
C05	modalidadGrupoServicioTecSal	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "ModalidadAtencion", en web.sispro.gov.co	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.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "GrupoServicios", en web.sispro.gov.co.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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 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	Informar dato según tabla de referencia: "Servicios", en web.sispro.gov.co.  Se debe validar que el código del servicio corresponda al grupo de servicio y a la modalidad del grupo de servicio informado.	1
C08	finalidadTecnologiaSalud	Identificador de la finalidad con que se realiza la consulta.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSFinalidadConsultaVersion2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique finalidad para consultas, en web.sispro.gov.co.  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 preconceptual" 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".	1
C09	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud – consulta.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSCausaExternaVersion2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina el servicio de salud para consultas, en web.sispro.gov.co.	1
C10	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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.	C	0, 4-25	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.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea	1
C12	codDiagnosticoRelacionado2	Código del diagnóstico relacionado número 2 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.	C	0, 4-25	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.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.  Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
C13	codDiagnosticoRelacionado3	Código del diagnóstico relacionado número 3 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.	C	0, 4-25	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.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.  Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
C14	tipoDiagnosticoPrincipal	Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado o presuntivo.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSTipoDiagnosticoPrincipalVersion2", en web.sispro.gov.co.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C15	tipoDocumentoidentificacion	Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó la consulta	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoIdPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: CC: Cédula de 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.	C	4-20		1
C17	vrServicio	Valor monetario de la consulta según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-10	Diligenciar el valor mayor a cero "0" si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
C18	tipoPagoModerador	Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoPagoModerador", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 01: Cuota moderadora 03: Bono o vale de plan voluntario 04: No aplica pago moderador  Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo.  Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	1
C19	valorPagoModerador	Valor monetario del pago moderador.	N	1-10	Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero "0".  Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1".  El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores informados en RIPS.	1
C20	numFEVPagoModerador	Número de factura electrónica de venta o documento equivalente emitido al usuario y que soporte el valor registrado en el campo C19 o informado por la entidad responsable de pago o demás pagadores.			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.	1
C21	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

```

Ejemplo:
{
  "consultas": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "numAutorizacion": "100000000002",
      "codConsulta": "890201",
      "modalidadGrupoServicioTecSal": "09",
      "grupoServicios": "01",
      "codServicio": 1,
      "finalidadTecnologiaSalud": "11",
      "causaMotivoAtencion": "21",
      "codDiagnosticoPrincipal": "D482",
      "codDiagnosticoRelacionado1": "B428",
      "codDiagnosticoRelacionado2": null,
      "codDiagnosticoRelacionado3": null,
      "tipoDiagnosticoPrincipal": "01",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "80100200",
      "vrServicio": 36341,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": "AF0987232XX",
      "consecutivo": 1
    },
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-19 05:00",
      "numAutorizacion": "100000000002",
      "codConsulta": "890201",
      "modalidadGrupoServicioTecSal": "09",
      "grupoServicios": "01",
      "codServicio": 1,
      "finalidadTecnologiaSalud": "11",
      "causaMotivoAtencion": "21",
      "codDiagnosticoPrincipal": "D482",
      "codDiagnosticoRelacionado1": "B428",
      "codDiagnosticoRelacionado2": null,
      "codDiagnosticoRelacionado3": null,
      "tipoDiagnosticoPrincipal": "01",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "80100200",
      "vrServicio": 36341,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": "AF0987232XX",
      "consecutivo": 2
    }
  ]
}

```

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.	C	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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoObligado.	
P02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de realización del procedimiento.	C	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	idMIPRES	Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de procedimientos financiados con presupuesto máximo.	C	0-15	Cuando el procedimiento no es financiado por presupuesto máximo se debe informar "null" a menos que el procedimiento 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
P04	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	C	0-30	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
P05	codProcedimiento	Código del procedimiento definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS.	C	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 y de salas (parto o cirugía).  Si el código CUPS corresponde a procedimiento quirúrgico y	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					además el grupo de servicios informado es quirúrgico se debe validar que cuente con los datos de la sala de cirugía en otros servicios.  Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto se puede validar que cuente con datos de recién nacido.  Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRIps", en web.sispro.gov.co.	
P06	viaIngresoServicioSalud	Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "ViaIngresoUsuario" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la vía de ingreso del usuario al servicio donde se realiza el procedimiento, en web.sispro.gov.co.	1
P07	modalidadGrupoServicioTecSal	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "ModalidadAtencion", en web.sispro.gov.co.	1
P08	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.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "GrupoServicios", en web.sispro.gov.co.	1
P09	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	Informar dato según tabla de referencia: "Servicios", en web.sispro.gov.co.  Se debe validar que el código del servicio corresponda al grupo de servicio y a la modalidad del grupo de servicio informado.	1
P10	finalidadTecnologiaSalud	Identificador de la finalidad con que se realiza el procedimiento.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSFinalidadConsultaVersion2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique finalidad para procedimientos, en web.sispro.gov.co.  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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P11	tipoDocumentoIdentificacion	Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoIdPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: CC: Cédula ciudadana 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
P12	numDocumentoIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento.	C	4-20		1
P13	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
P14	codDiagnosticoRelacionado	Código del diagnóstico relacionado número 1 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	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.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
P15	codComplicacion	Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	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).  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
P16	vrServicio	Valor monetario del procedimiento según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-15	Diligenciar el valor mayor a cero "0" si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
P17	tipoPagoModerador	Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o plan voluntario de salud adquirido.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoPagoModerador", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores:  01: Cuota moderadora 02: Copago 03: Bono o vale de plan voluntario 04: No aplica pago moderador  Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del Régimen Contributivo.  Para usuarios del Régimen Subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	1
P18	valorPagoModerador	Valor monetario del pago moderador.	N	1-10	Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero "0".  Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1".  El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores informados en RIPS.	1
P19	numFEVPagoModerador	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo P18 o informado por la			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
		entidad responsable de pago o demás pagadores.				
P20	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "procedimientos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "idMIPRES": null,
      "numAutorizacion": null,
      "codProcedimiento": "895100",
      "vialIngresoServicioSalud": "01",
      "modalidadGrupoServicioTecSal": "01",
      "grupoServicios": "04",
      "codServicio": "123",
      "finalidadTecnologiaSalud": "44",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "80100200",
      "codDiagnosticoPrincipal": "E109",
      "codDiagnosticoRelacionado": "E109",
      "codComplicacion": "E109",
      "vrServicio": 49700,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": "AF0987232XX",
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```

**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.	C	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSinObliga" 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 numDocumentoObligado. 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
R02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de ingreso del usuario a urgencias con observación.	C	16		1
R03	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSCausaExternaVersion2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina el servicio de salud para urgencias, en web.sispro.gov.co.	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 - CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R06	codDiagnosticoRelacionadoE1	Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
R07	codDiagnosticoRelacionadoE2	Código del diagnóstico relacionado 2 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
R09	condicionDestinoUsuarioEgreso	Identificador para determinar la condición y el destino del paciente al egreso de la atención de urgencia con observación, según aplique.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "CondicionDestinoUsuarioEgreso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación de la condición y destino del usuario al egreso de urgencias", en web.sispro.gov.co.  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
R10	codDiagnosticoCausaMuerte	Código del diagnóstico de causa básica de muerte confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	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	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					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).  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	
R11	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del usuario de urgencias con observación.	C	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
R12	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "urgencias": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "causaMotivoAtencion": "21",
      "codDiagnosticoPrincipal": "B427",
      "codDiagnosticoPrincipalE": "B427",
      "codDiagnosticoRelacionadoE1": null,
      "codDiagnosticoRelacionadoE2": null,
      "codDiagnosticoRelacionadoE3": null,
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": null,
      "fechaEgreso": "2021-08-23 20:22",
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```

### 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.	C	12	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPShoREPS" 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 numDocumentoObligado.	1
H02	viaIngresoServicioSalud	Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "ViaIngresoUsuario" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la vía de ingreso del usuario al servicio de hospitalización, en web.sispro.gov.co.  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.	C	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.	C	30	Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa "null".	1
H05	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSCausaExternaVersion2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina el servicio de salud para hospitalización, en web.sispro.gov.co.	1
H06	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal de ingreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	4-25	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.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	
H08	codDiagnosticoRelacionadoE1	Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H10	codDiagnosticoRelacionadoE3	Código del diagnóstico relacionado 3 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.  Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	0, 4-25	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).  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "CondicionDestinoUsuarioEgreso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación de la condición y destino	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					del usuario al egreso de hospitalización, en web.sispro.gov.co.  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.	
H13	codDiagnosticoCausaMuerte	Código del diagnóstico de causa básica de muerte confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	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).  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H14	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del usuario de hospitalización.	C	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
H15	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "hospitalizacion": [
    {
      "codPrestador": "50000000001",
      "vialIngresoServicioSalud": "02",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "numAutorizacion": "0102342",
    }
  ]
}
```

```
"causaMotivoAtencion": "21",
"codDiagnosticoPrincipal": "B427",
"codDiagnosticoPrincipalE": "B427",
"codDiagnosticoRelacionadoE1": null,
"codDiagnosticoRelacionadoE2": null,
"codDiagnosticoRelacionadoE3": null,
"codComplicacion": null,
"condicionDestinoUsuarioEgreso": "02",
"codDiagnosticoMuerte": null,
"fechaEgreso": "2021-12-12 14:22",
"consecutivo": 1
}
```

3.3.5 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.	C	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 numDocumentoObligado.	1
N02	tipoDocumentoIdentificacion	Identificador del tipo de identificación del recién nacido de acuerdo con su documento de identificación.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipodPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: CN: Certificado de nacido vivo RC: Registro civil MS: Menor sin identificar  En ningún caso el recién nacido debe carecer de documento de identificación.  De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018 todo recién nacido debe contar con el certificado de nacido vivo expedido por el médico que atendió el parto, únicamente se podrá usar la opción "MS: Menor sin identificar" de acuerdo con la Resolución 4622 del 2016 y se validará la estructura del número del documento de acuerdo con las consideraciones de estas normas.	1
N03	numDocumentoIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la madre o del recién nacido.	N	4-20	Cuando el tipo de identificación sea MS: Menor sin identificar, se debe registrar el número según lo establecido en la Resolución 4622 del 2016.  Tener en cuenta que el objeto "recienNacidos" se encuentra contenido por el objeto "usuarios" que para este caso hará referencia a la madre, por lo tanto, no se hace necesario informar los datos de la misma.	1
N04	fechaNacimiento	Fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	C	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 biológico del recién nacido.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "Sexo", en web.sispro.gov.co.	1
N08	peso	Peso en gramos del recién nacido.	N	3, 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 versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	4-25	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).  Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
N10	condicionDestinoUsuarioEgreso	Identificador para determinar la condición y destino del recién nacido al egreso.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "CondicionDestinoUsuarioEgreso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación de la condición y destino del recién nacido al egreso, en web.sispro.gov.co.  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
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 - CIE.	C	0, 4-25	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-	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					Z99 o su equivalente en la CIE vigente).  Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	
N12	fechaEgreso	Fecha y hora de egreso del recién nacido.	C	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
N13	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "recienNacidos": [
    {
      "codPrestador": "50000000001",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "RC",
      "numDocumentoIdentificacion": "10172349991",
      "fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40",
      "edadGestacional": 40,
      "numConsultasCPrenatal": 6,
      "codSexoBiologico": "02",
      "peso": 1850,
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "condicionDestino": "02",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": null,
      "fechaEgreso": "2019-05-25 09:30",
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```

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.	C	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 numDocumentoObligado.	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.	C	0-30	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.	C	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.	C	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 período de facturación según los datos de la factura electrónica de venta.	1
M05	codDiagnosticoPrincipal	Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE.	C	4-25	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. Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta 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 - CIE.	C	0, 4-25	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal. Informar dato según tabla de referencia "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
M07	tipoMedicamento	Identificador para determinar el tipo de medicamento de acuerdo con uso.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoMedicamentoPOSVersion2", en web.sispro.gov.co. 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.	C	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 las tablas de referencia: "IUM" o "CatalogoCUMs" respectivamente, en web.sispro.gov.co.	1
M09	nomTecnologiaSalud	Descripción textual del medicamento en nombre genérico.	C	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". Informar dato según tabla de referencia: "Denominación Común Internacional (DCI)", en web.sispro.gov.co.	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
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". Informar dato según tabla de referencia: "Unidad de Medida de Medicamento (UMM)", en web.sispro.gov.co.	1
M12	formaFarmaceutica	Código de la forma farmacéutica del medicamento.	C	0, 6, 8	Registre para el caso de preparación magistral la forma farmacéutica del medicamento. Para los otros tipos de medicamentos puede informar "null". Informar dato según tabla de referencia: "FFM", en web.sispro.gov.co.	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. Informar dato según tabla de referencia: "UPR", en web.sispro.gov.co.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M14	cantidadMedicamento	Cantidad de unidades mínimas del medicamento dispensadas o administradas.	N	1-10	Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados.	1
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	tipoDocumentoIdentificacion	Tipo de documento de identificación de la persona que prescribió el medicamento.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoIDPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 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	numDocumentoIdentificacion	Corresponde al número del documento de identificación de la persona que prescribió el medicamento.	C	4-20		1
M18	vrUnitMedicamento	Valor monetario unitario del medicamento por unidad mínima de dispensación, según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-15	Diligenciar el valor mayor a cero "0" si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
M19	vrServicio	Valor monetario total del medicamento dispensado, según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-15	Este valor NO incluye la cuota moderadora.	1
M20	tipoPagoModerador	Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	N	1	Informar dato según tabla de referencia: "TipoPagoModerador", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 01: Cuota moderadora 03: Bono o vale de plan voluntario 04: No aplica pago moderador Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	1
M21	valorPagoModerador	Valor monetario del pago moderador.	N	1-10	Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero "0". Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1". El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderador informados en RIPS.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M22	numFEVPagoModerador	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo M21 o informado por la entidad responsable de pago o demás pagadores.	N	1-7	El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.	1
M23	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "medicamentos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": null,
      "idMIPRES": "1017232344",
      "fechaDispensAdmon": "2021-08-18 08:10",
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionado": null,
      "tipoMedicamento": "01",
      "codTecnologiaSalud": "1A1014721001104",
      "nomTecnologiaSalud": null,
      "concentracionMedicamento": 0,
      "unidadMedida": 0,
      "formaFarmaceutica": "123456",
      "unidadMinDispensa": 1,
      "cantidadMedicamento": 10,
      "diasTratamiento": 365,
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "10234561292",
      "vrUnitMedicamento": 1,
      "vrServicio": 1,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": "AF0987232XXX",
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```

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.	C	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	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.	
S02	numAutorizacion	Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios.	C	0-30	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 servicio 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, dispuso, administró o entregó otros servicios, según aplique.	C	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
S05	tipoOS	Identificador para determinar el tipo de otros servicios.	C	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoOtrosServicios", en web.sispro.gov.co. 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.	C	1-20	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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					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. Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co.	
S07	nomTecnologiaSalud	Nombre del otro servicio.	C	0, 60	Descripción del dispositivo médico e insumo de la entidad obligada a reportar.	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.	C	0, 2	Informar dato según tabla de referencia: "TipodPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 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.	C	0, 4-20	Este dato debe aplicar únicamente para los tipos de otros servicios: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios".	1
S11	vrUnitOS	Valor monetario unitario de otros servicios según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-15	Diligenciar el valor mayor a cero "0" si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0".	1
S12	vrServicio	Valor monetario total de otros servicios según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades.	N	1-15	Este valor NO incluye la cuota moderadora.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S13	tipoPagoModerador	Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas.	S	2	Informar dato según tabla de referencia: "TipoPagoModerador", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 01: Cuota moderadora 03: Bono o vale de plan voluntario 04: No aplica pago moderador Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	1
S14	valorPagoModerador	Valor monetario del pago moderador.	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
S15	numFEVPagoModerador	Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo S14 o informado por la entidad responsable de pago o demás pagadores.			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.	1
S16	consecutivo	Número consecutivo que identifique el registro.	N	1-7	Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.	1

Ejemplo:

```
{
  "otrosServicios": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": null,
      "idMIPRES": "1034284847",
      "fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10",
      "tipoOS": "01",
      "codTecnologiaSalud": "T2387G",
      "nomTecnologiaSalud": "Dispositivo",
      "cantidadOS": 1,
      "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
      "numDocumentIdentificacion": "10234561292",
      "vrUnitOS": 350000,
      "vrServicio": 350000,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": "AF0987232",
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```

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

```
{
  "numDocumentIdObligado": "814006170",
  "numFactura": "CTFE226713",
  "TipoNota": null,
  "numNota": null,
  "usuarios": [
    {
      "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
      "numDocumentIdentificacion": "52100200",
      "tipoUsuario": "01",
      "fechaNacimiento": "2000-01-01 08:10",
      "codSexo": "M",
      "codPaisResidencia": "170",
      "codMunicipioResidencia": "05134",
      "codZonaTerritorialResidencia": "01",
      "incapacidad": "02",
      "consecutivo": 1,
      "servicios": {
        "consultas": [
          {
            "codPrestador": "500000000001",
            "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
            "numAutorizacion": "100000000002",
            "codConsulta": "890201",
            "modalidadGrupoServicioTecSal": "09",
            "grupoServicios": "01",
            "codServicio": 1,
            "finalidadTecnologiaSalud": "11",
            "causaMotivoAtencion": "21",
            "codDiagnosticoPrincipal": "D482",
            "codDiagnosticoRelacionado1": "B428",
            "codDiagnosticoRelacionado2": null,
            "codDiagnosticoRelacionado3": null,
            "tipoDiagnosticoPrincipal": "01",
            "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
            "numDocumentIdentificacion": "80100200",
            "vrServicio": 36341,
            "tipoPagoModerador": "01",
            "valorPagoModerador": 8000,
            "numFEVPagoModerador": "AF0987232XX",
            "consecutivo": 1
          }
        ],
        "codPrestador": "500000000001",
        "fechaInicioAtencion": "2021-08-19 05:00",
        "numAutorizacion": "100000000002",
        "codConsulta": "890201",
        "modalidadGrupoServicioTecSal": "09",
        "grupoServicios": "01",
        "codServicio": 1,
        "finalidadTecnologiaSalud": "11",
        "causaMotivoAtencion": "21",
        "codDiagnosticoPrincipal": "D482",
        "codDiagnosticoRelacionado1": "B428",
        "codDiagnosticoRelacionado2": null,
        "codDiagnosticoRelacionado3": null,
        "tipoDiagnosticoPrincipal": "01",
        "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
        "numDocumentIdentificacion": "80100200",
        "vrServicio": 36341,
        "tipoPagoModerador": "04",
        "valorPagoModerador": 0
      }
    }
  ]
}
```

<pre>"numFEVPagoModerador": null, "consecutivo": 2 }, "procedimientos": [ { "codPrestador": "500000000001", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "numAutorizacion": null, "codProcedimiento": "895100", "viaIngresoServicioSalud": "01", "modalidadGrupoServicioTecSal": "01", "grupoServicios": "04", "codServicio": 1, "finalidadTecnologiaSalud": "44", "tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "80100200", "codDiagnosticoPrincipal": "E109", "codDiagnosticoRelacionado": "E109", "codComplicacion": "E109", "vrProcedimiento": 49700, "tipoPagoModerador": "02", "valorPagoModerador": 20000, "numFEVPagoModerador": "AF09886127", "consecutivo": 1 } ], "urgencias": [ { "codPrestador": "500000000001", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "causaMotivoAtencion": "21", "codDiagnosticoPrincipal": "B427", "codDiagnosticoPrincipalE": "B427", "codDiagnosticoRelacionadoE1": null, "codDiagnosticoRelacionadoE2": null, "codDiagnosticoRelacionadoE3": null, "condicionDestino": "02", "codDiagnosticoCausaMuerte": null, "fechaEgreso": "2021-08-23 20:22", "consecutivo": 1 } ], "hospitalizacion": [ { "codPrestador": "500000000001", "viaIngresoServicioSalud": "02", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "numAutorizacion": "0102342", "causaMotivoAtencion": "21", "codDiagnosticoPrincipal": "B427", "codDiagnosticoPrincipalE": "B427", "codDiagnosticoRelacionadoE1": null, "codDiagnosticoRelacionadoE2": null, "codDiagnosticoRelacionadoE3": null, "codComplicacion": null, "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02", "codDiagnosticoMuerte": null, "fechaEgreso": "2021-12-12 14:22", "consecutivo": 1 } ], "recienNacidos": [ { </pre>	<pre>"codPrestador": "500000000001", "tipoDocumentoIdentificacion": "RC", "numDocumentoIdentificacion": "10172349991", "fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40", "edadGestacional": 40, "numConsultasCPrenatal": 6, "codSexoBiologico": "02", "peso": 1850, "codDiagnosticoPrincipal": "K469", "condicionDestino": "02", "codDiagnosticoCausaMuerte": null, "fechaEgreso": "2019-05-25 09:30", "consecutivo": 1 } ], "medicamentos": [ { "codPrestador": "500000000001", "numAutorizacion": null, "idMIPRES": "1017232344", "fechaDispensaAdmon": "2021-08-18 08:10", "codDiagnosticoPrincipal": "K469", "codDiagnosticoRelacionado": null, "tipoMedicamento": "01", "codTecnologiaSalud": "1A1014721001104", "nomTecnologiaSalud": null, "concentracionMedicamento": 0, "unidadMedida": 0, "formaFarmaceutica": "123456", "unidadMinDispensa": 1, "cantidadMedicamento": 10, "diasTratamiento": 365, "tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "10234561292", "vrUnitMedicamento": 1, "vrServicio": 1, "tipoPagoModerador": "01", "valorPagoModerador": 30000, "numFEVPagoModerador": "AF01237532", "consecutivo": 1 } ], "otrosServicios": [ { "codPrestador": "500000000001", "numAutorizacion": null, "idMIPRES": "1034284847", "fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10", "tipoOS": "01", "codTecnologiaSalud": "T2387G", "nomTecnologiaSalud": "Dispositivo", "cantidadOS": 1, "tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "10234561292", "vrUnitOS": 350000, "vrServicio": 350000, "tipoPagoModerador": "04", "valorPagoModerador": 0, "numFEVPagoModerador": "AF0987232", "consecutivo": 1 } ], { "codPrestador": "500000000001", "numAutorizacion": null, </pre>
<pre>"idMIPRES": null, "fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10", "tipoOS": "03", "codTecnologiaSalud": "5DSB01", "nomTecnologiaSalud": "Derechos de sala de observación en urgencias complejidad baja", "cantidadOS": 5, "tipoDocumentoIdentificacion": null, "numDocumentoIdentificacion": null, "vrUnitOS": 80000, "vrServicio": 400000, "tipoPagoModerador": "04", "valorPagoModerador": 0, "numFEVPagoModerador": null, "consecutivo": 2 }, { "codPrestador": "500000000001", "numAutorizacion": null, "idMIPRES": null, "fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10", "tipoOS": "03", "codTecnologiaSalud": "10B002", "nomTecnologiaSalud": "Internación complejidad baja habitación bipersonal", "cantidadOS": 116, "tipoDocumentoIdentificacion": null, "numDocumentoIdentificacion": null, "vrUnitOS": 120000, "vrServicio": 13920000, "tipoPagoModerador": "04", "valorPagoModerador": 0, "numFEVPagoModerador": null, "consecutivo": 3 } ], { "tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "79100200", "tipoUsuario": "01", "fechaNacimiento": "2021-08-18 08:10", "codSexo": "M", "codPaisResidencia": "170", "codMunicipioResidencia": "05134", "codZonaTerritorialResidencia": "01", "incapacidad": "02", "consecutivo": 2, "servicios": { "consultas": [ { "codPrestador": "500000000001", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "numAutorizacion": "0000000", "codConsulta": "890201", "modalidadGrupoServicioTecSal": "09", "grupoServicios": "01", "codServicio": 1, "finalidadTecnologiaSalud": "11", "causaMotivoAtencion": "21", "codDiagnosticoPrincipal": "D479", "codDiagnosticoRelacionado1": "B428", "codDiagnosticoRelacionado2": null, "codDiagnosticoRelacionado3": null, "tipoDiagnosticoPrincipal": "01", </pre>	<pre>"tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "70100200", "vrConsulta": 36341, "tipoPagoModerador": "04", "valorPagoModerador": 0, "numFEVPagoModerador": "AF0987232", "consecutivo": 1 } ], "procedimientos": [ { "codPrestador": "500000000001", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "numAutorizacion": "0000000", "codProcedimiento": "895100", "viaIngresoServicioSalud": "01", "modalidadGrupoServicioTecSal": "01", "grupoServicios": "04", "codServicio": 1, "finalidadTecnologiaSalud": "44", "tipoDocumentoIdentificacion": "CC", "numDocumentoIdentificacion": "80000000", "codDiagnosticoPrincipal": "E109", "codDiagnosticoRelacionado": "C842", "codComplicacion": "C842", "vrProcedimiento": 49700, "tipoPagoModerador": "04", "valorPagoModerador": 0, "numFEVPagoModerador": "AF0987232", "consecutivo": 1 } ], "urgencias": [ { "codPrestador": "500000000001", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "causaMotivoAtencion": "22", "codDiagnosticoPrincipal": "K469", "codDiagnosticoPrincipalE": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE1": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE2": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE3": "K469", "condicionDestino": "02", "codDiagnosticoCausaMuerte": "K469", "fechaEgreso": "2021-08-18 08:10", "consecutivo": 1 } ], "hospitalizacion": [ { "codPrestador": "500000000001", "viaIngresoServicioSalud": "02", "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10", "numAutorizacion": "0000000", "causaMotivoAtencion": "21", "codDiagnosticoPrincipal": "K469", "codDiagnosticoPrincipalE": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE1": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE2": "K469", "codDiagnosticoRelacionadoE3": "K469", "codComplicacion": "K469", "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02", "codDiagnosticoCausaMuerte": "K469", "fechaEgreso": "2021-08-19 08:10", </pre>

```
"consecutivo": 1
}
},
"recienNacidos": [
{
"codPrestador": "500000000001",
"tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
"numDocumentoIdentificacion": "52000000",
"fechaNacimiento": "2021-08-18 08:10",
"edadGestacional": 40,
"numConsultasCPrenatal": 2,
"codSexoBiologico": "01",
"peso": 1753,
"codDiagnosticoPrincipal": "K469",
"condicionDestino": "02",
"codDiagnosticoCausaMuerte": "K469",
"fechaEgreso": "2021-08-18 08:10",
"consecutivo": 1
},
},
"medicamentos": [
{
"codPrestador": "500000000001",
"numAutorizacion": "00000000",
"numMIPRES": "",
"fechaDispensaAdmon": "2021-08-18 08:10",
"codDiagnosticoPrincipal": "A080",
"codDiagnosticoRelacionado": "A080",
"tipoMedicamento": "01",
"codTecnologiaSalud": "44405-3",
"nomTecnologiaSalud": "CEFALEXINA 500 MG",
"concentracionMedicamento": 0,
"unidadMedida": 1,
"formaFarmaceutica": null,
"unidadMinDispensa": 1,
"cantidadMedicamento": 21,
"diasTratamiento": 21,
"tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
"numDocumentoIdentificacion": "79100200",
"vrUnitMedicamento": 555,
"vrServicio": 11655,
"tipoPagoModerador": "04",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": "AF0987232",
"consecutivo": 1
},
},
"otrosServicios": [
{
"codPrestador": "500000000001",
"numAutorizacion": "00",
"numMIPRES": "9999",
"fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10",
"tipoOS": "01",
"codTecnologiaSalud": "T2387G",
"nomTecnologiaSalud": "Dispositivo",
"cantidadOS": 120,
"tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
"numDocumentoIdentificacion": "80122000",
"vrUnitOS": 12000,
"vrServicio": 12000,
"tipoPagoModerador": "04",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": "AF0987232",
"consecutivo": 1
},
},
},
]
```

```
"consecutivo": 1
},
{
"codPrestador": "500000000001",
"numAutorizacion": null,
"numMIPRES": null,
"fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10",
"tipoOS": "03",
"codTecnologiaSalud": "5DSB01",
"nomTecnologiaSalud": "Derechos de sala de observación en urgencias complejidad baja",
"cantidadOS": 1,
"tipoDocumentoIdentificacion": null,
"numDocumentoIdentificacion": null,
"vrUnitOS": 80000,
"vrServicio": 80000,
"tipoPagoModerador": "04",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": null,
"consecutivo": 2
},
},
{
"codPrestador": "500000000001",
"numAutorizacion": null,
"numMIPRES": null,
"fechaSuministroTecnologia": "2021-08-18 08:10",
"tipoOS": "03",
"codTecnologiaSalud": "10B002",
"nomTecnologiaSalud": "Internación complejidad baja habitación bipersonal",
"cantidadOS": 1,
"tipoDocumentoIdentificacion": null,
"numDocumentoIdentificacion": null,
"vrUnitOS": 120000,
"vrServicio": 120000,
"tipoPagoModerador": "04",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": null,
"consecutivo": 3
},
},
}
}
}
}
}
}
}
}
}
}
}
}
}
```

4. Validaciones generales

Table with 5 columns: ID Validación, Y, Regla, Mensaje, Versión. Contains 8 rows of validation rules.

Table with 5 columns: ID Validación, Y, Regla, Mensaje, Versión. Contains 17 rows of validation rules.

5. Validaciones por campo

Table with 5 columns: ID Validación, ID Campo, Y, Regla, Mensaje, Versión. Contains 10 rows of field validation rules.

Table with 5 columns: ID Validación, ID Campo, Y, Regla, Mensaje, Versión. Contains 20 rows of validation rules.

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC028	C10, C11, C12, C13, P13, P14, P15, R04, 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
RVC029	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
RVC030	P13, P14	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
RVC031	C10, P13, P15, R04, R05, H10, 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
RVC032	P13, P15, 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
RVC033	P13, P15, 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
RVC034	C17, P16, M18, S11	R	Diligenciar el valor mayor a cero "0" 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
RVC035	C18, P17, 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
RVC036	C19, P18, M21	R	El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores informados en RIPS.	El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta no corresponde a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores informados en RIPS.	1
RVC037	C18, P17, M20, S13	N	Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	El cobro de pagos moderadores de planes voluntarios no se realiza a pacientes del régimen contributivo.	1
RVC038	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
RVC039	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
RVC040	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
RVC041	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
RVC042	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 muerto".	1
RVC043	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
RVC044	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
RVC045	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
RVC046	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

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC047	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
RVC048	P04, M02, S02	N	En caso de servicio o tecnología de salud financiado por presupuesto máximo, 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
RVC049	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
RVC050	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
RVC051	C08, P10	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
RVC052	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
RVC053	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
RVC054	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
RVC055	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
RVC056	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
RVC057	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
RVC058	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
RVC059	C04, P05	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
RVC060	C19, P18, M21	R	Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1".	El valor del pago moderador no es correcto, debe informar un valor numérico mayor o igual a 1.	1
RVC061	C19, P18, M21	R	Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero "0".	No es posible informar el valor de un pago moderador si el pago moderador no aplica.	1
RVC062	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
RVC063	M08	N	Se podrá validar la existencia del IUM o de 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
RVC064	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

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC065	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
RVC066	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
RVC067	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
RVC068	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
RVC069	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
RVC070	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
RVC071	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
RVC072	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
RVC073	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
RVC074	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
RVC075	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
RVC076	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
RVC077	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	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	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	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
RVC080	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
RVC081	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
RVC082	S06	N	El código CUPS puede corresponder al grupo de servicios informado.	El código CUPS informado no corresponde al grupo de servicio informado.	1
RVC083	P10	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
RVC084	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 moderador sea "No aplica pago moderador".	Para la finalidad informada no le aplican pagos moderadores.	1
RVC085	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
RVC086	C11, C12, C13, P14, M06	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.	El código de diagnóstico relacionado es igual al código de diagnóstico principal.	1
RVC087	C11, C12, C13	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.	El código de diagnóstico relacionado es igual a otro código de diagnóstico relacionado.	1
RVC088	R06, R07, R08, H08, H09, H10	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.	El código de diagnóstico relacionado de egreso es igual al código de diagnóstico principal de egreso.	1
RVC089	R06, R07, R08, H08, H09, H10	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.	El código de diagnóstico relacionado de egreso es igual a otro código de diagnóstico relacionado de egreso.	1
RVC090	P05	R	Si el código CUPS corresponde a procedimiento quirúrgico y además el grupo de servicios informado es quirúrgico se debe validar que cuente con los datos de la sala de cirugía en otros servicios.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento quirúrgico, debe informar en los RIPS los datos de la sala usada.	1