RESOLUCIÓN 00002806 DE 2022

(diciembre 29)

por la cual se modifica la Resolución 1036 de 2022 en relación con el plazo para la implementación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud como soporte de la factura electrónica de venta en salud, y se sustituye su anexo técnico.

La Ministra 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, mediante la Resolución 1036 de 2022 este Ministerio actualizó la reglamentación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) determinando en su artículo 13 y en el anexo técnico, el 1° de enero de 2023 como la fecha de entrada en operación y obligatoriedad del reporte por parte de los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud a las entidades responsables de pago, demás pagadores y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, en el proceso previo a la implementación de la factura electrónica de venta en salud y del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que la soporta, distintas entidades del sector salud han participado activamente presentando observaciones y propuestas orientadas a atender situaciones operativas que deben ser incorporadas en el marco regulatorio vigente y en las plataformas informáticas que la soportan: situación que repercute en los tiempos de implementación.

Que en razón a la necesidad de articulación de los diferentes componentes normativos y de operación del proceso de facturación electrónica en el sector salud, se requiere efectuar la actualización del manual único de devoluciones, glosas y respuestas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte de la auditoría y conciliación de cuentas médicas soporte de las notas crédito o débito que afectan la factura.

Que, los distintos participantes del sector salud avocados al cumplimiento de las Resoluciones 510 y 1036 de 2002, han manifestado la necesidad de disponer de un periodo de transición adicional al previsto, para adecuar los sistemas de información que soportan la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, a las nuevas estructuras de datos, reglas de validación y al flujo de la información.

Que, adicionalmente, se hace necesario ajustar algunas especificaciones contenidas en el anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022 ante las observaciones recibidas de los agentes del sector salud, en relación con las limitaciones en la estructura de los campos de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y en las instrucciones de diligenciamiento.

Que, en razón a lo anteriormente expuesto, se considera necesario modificar el plazo inicialmente establecido en el artículo 13 de la Resolución 1036 de 2022 para la entrada en operación del RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud, incluir actividades necesarias para su implementación y sustituir el anexo técnico del citado acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 13 de la Resolución 1036 de 2022, el cual quedará así:

*"**Artículo 13. Transitoriedad**. A partir del 1° de enero de 2024, las entidades definidas en el artículo 2° de la presente resolución deben entregar el RIPS correspondiente a los servicios y tecnologías de salud prestados y facturados a partir de esta fecha conforme lo previsto en la presente resolución y su anexo técnico, incluyéndose los servicios cuya prestación inició antes del cambio de anualidad y culmina después del 1° de enero de 2024: 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, las entidades responsables de pago y demás pagadores, dispondrán hasta el 30 de junio de 2024 para enviar los RIPS de las atenciones prestadas antes del 1° de enero de 2024, conforme a la periodicidad con la que se remiten durante la operación. La facturación de estos servicios se realizará en la estructura convencional de facturación electrónica establecida por la DIAN.

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

1. *Determinará el mecanismo único de validación, el cual certificará la estructura, contenido y relación de los datos.*
2. *Elaborará un documento de lineamientos técnicos para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la factura.*
3. *Determinará el mecanismo de transferencia de información de que trata el artículo 10 de la presente resolución. La forma de disposición de los datos del RIPS a las entidades responsables de pago y demás pagadores se realizará de acuerdo con lo definido por las partes. Se podrá direccionar la verificación y consulta de estos datos hacia la plataforma definida por el Ministerio.*
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.*
5. *Adelantará sesiones de prueba, capacitación y acompañamiento con los participantes del Sistema de Salud, en el que se integre la validación del RIPS y la información de la factura electrónica de venta en salud y sus notas crédito o débito, y notas de ajuste, con la trazabilidad del proceso de reconocimiento y pago de la factura.*
6. *Realizará un piloto del mecanismo de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema".*

Artículo 3°. Sustitúyase el Anexo Técnico "Especificaciones Técnicas de los Datos de Prestación Individual de Servicios y Tecnologías de Salud" de la Resolución 1036 de 2022.

Artículo 4°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 29 de diciembre de 2022.

La Ministra de Salud y Protección Social,

Diana Carolina Corcho Mejía.

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 corcheles. 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 cero (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

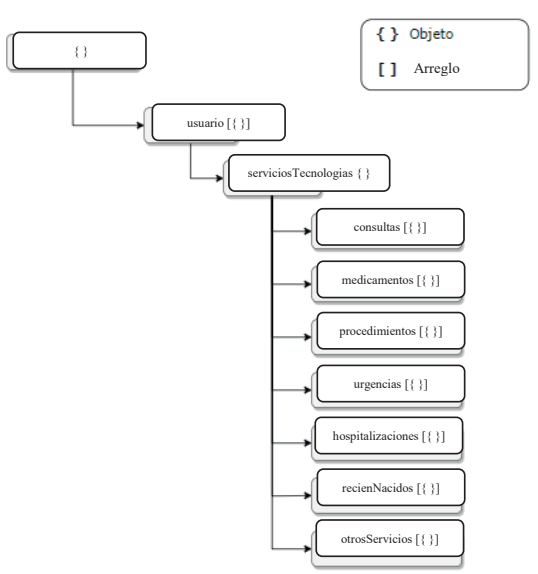
Se aceptará un archivo estándar JSON (JavaScript Object Notation - Notación de Objetos de JavaScript) junto con un archivo .XML que contiene la factura electrónica de venta validada por la DIAN.

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 facturador electrónico del sector salud, según la siguiente estructura:

Datos	Tipo de dato JSON	Nombre	Característica
Datos relativos a la transacción	Objeto raíz	El objeto transacción es el objeto raíz o root de la estructura JSON que representa el registro del RIPS, por lo tanto, no debe ser nombrado al inicio de la estructura	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 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 realizados y facturados 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(os) medicamento(s) facturado(s) con sus respectivas propiedades/valor
Datos de otros servicios	Objeto con arreglo	otrosServicios	Dentro del objeto “servicios” se crea el objeto “Otros servicios” el cual debe incluir dentro de un arreglo los datos de los otros servicios facturados con sus respectivas propiedades/valor

A continuación, se diagrama a manera de ejemplo la estructura JSON que se espera recibir del RIPS por cada factura reflejada en una transacción.



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.	C	9	Se requiere que el número de NIT del facturador electrónico en salud coincida con el número de NIT registrado en la factura electrónica de venta. El número de NIT del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para proveedor de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales. Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, procedimientos, medicamentos y otros servicios.	2
T02	numFactura	Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN.			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN. El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta. Si el RIPS es con Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, se debe informar el número de factura, en caso contrario informar null	2
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 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

Nota: El objeto transacción es el objeto raíz o root de la estructura JSON que representa el registro del RIPS, por lo tanto, no debe ser nombrado al inicio de la estructura.

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 corresponda 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	Informar dato según tabla de referencia: "RIPSTipoUsuarioVersion2", en web.sispro.gov.co. El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	1
U04	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del usuario.	C	10	La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS. Según la fecha de nacimiento se deberá tener en cuenta el tipo de identificación del usuario de la siguiente manera: Si el usuario tiene 6 años o menos, el tipo de documento debe ser "Registro civil", si no cuenta con este documento y si tiene tres años o menos, se puede registrar "Certificado de nacido vivo", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar". Si el usuario tiene entre 7 y 17 años , el tipo de documento debe ser "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar". Si el usuario tiene 18 años o más, el tipo de documento debe ser "Cédula de ciudadanía", si no cuenta con este documento y si tiene hasta 19 años se puede registrar "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Adulto sin identificar". Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años.	1
U05	codSexo	Identificador de sexo según aparece en el documento de identificación registrado en el campo "numDocumentoIdentificacion".	C	1	Informar dato según tabla de referencia: "Sexo", en web.sispro.gov.co. Si es un adulto sin identificación o un menor sin identificación registrar el sexo declarado o el identificado por el profesional que realiza la atención. Si se informan datos de recién nacido, se debe validar que el usuario tenga sexo "Femenino". Si se informa finalidad de "Interrupción voluntaria del embarazo" – IVE se puede validar que el usuario sea de sexo "femenino".	1
U06	codPaisResidencia	Código del país de residencia habitual.	C	3	Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1 Informar dato según tabla de referencia: "País", en web.sispro.gov.co.	1
U07	codMunicipioResidencia	Código del municipio de residencia habitual.	C	0, 5	Código a cinco caracteres según la clasificación sociopolítica del DANE. Informar dato según tabla de referencia: "Municipio" en web.sispro.gov.co.	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
U11	codPaisOrigen	Código del país de origen (de nacimiento)	C	3	Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1 Informar dato según tabla de referencia: "País", en web.sispro.gov.co.	1

Ejemplo:


```
{
   "usuarios": [
      {
        "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
        "numDocumentoIdentificacion": "52100200",
        "tipoUsuario": "01",
        "fechaNacimiento": "2000-01-01",
        "codSexo": "M",
        "codPaisResidencia": "170",
        "codMunicipioResidencia": "05134",
        "codZonaTerritorialResidencia": "01",
        "incapacidad": "02",
        "consecutivo": 1,
        "codPaisOrigen": "170"
      },
      {
         "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
         "numDocumentoIdentificacion": "52100200",
         "tipoUsuario": "01",
         "fechaNacimiento": "2000-01-01",
         "codSexo": "M",
         "codPaisResidencia": "170",
         "codMunicipioResidencia": "05134",
         "codZonaTerritorialResidencia": "01",
         "incapacidad": "02",
         "consecutivo": 2,
         "codPaisOrigen": "170"

        }
      ]
}
```


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

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

Ejemplo:


```
{
   "servicios":
   {
      "consultas": [
      {
      }
      ],
      "procedimientos": [
      {
      }
```

```
        ],
        "urgencias": [
        {
        }
        ],
        "hospitalizacion": [
        {
        }
        ],
        "recienNacidos": [
        {
        }
        ],
        "medicamentos": [
        {
        }
        ],
        "otrosServicios": [
        {
        }
        ]
    }
}
```


3.3.1 Datos de las consultas

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
C01	codPrestador	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar.	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 numDocumentoIdObligado.	1
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	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta. El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario. El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad y causa. El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta. El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día. El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal. Si se informan registros 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. Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co	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
C07	codServicio	Código del servicio que según la norma de habilitación del SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recurso humano, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	N	3, 4	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.	1
		La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario. Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".						
		Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" – IVE se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la IVE o a "Atención de población materno perinatal", para los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo sin especificación de causal hasta la semana 24 de gestación. Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal". Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", "Planificación familiar y anticoncepción", "Promoción y apoyo a la lactancia materna", "Atención básica de orientación familiar", "Atención para el cuidado preconcepcional", "Atención para el cuidado prenatal", "Interrupción Voluntaria del Embarazo", "Atención del parto y puerperio" o "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que el tipo de pago moderador sea "No aplica pago moderador". 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).						

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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	codDiagnosticoRelacionado 1	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 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
C12	codDiagnosticoRelacionado 2	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	codDiagnosticoRelacionado 3	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
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 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). Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0)	2
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.	1
					Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	
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”. En el caso del RIPS soporte de factura con varios usuarios o servicios, el valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de estas facturas de recaudo, informados en RIPS.	2
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. Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.	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": null,
      "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": null,
      "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. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoIdObligado.	1
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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES.	
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 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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					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
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 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

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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
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	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					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.	
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). Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0)	2
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). Si el tipo de pago moderador es "copago", el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1", y en otros servicios del mismo usuario, no deben existir valores registrados en el campo "valorpagoModerador". 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.	2

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					En el caso de copago, cuando el usuario recibió varios servicios (procedimientos, consultas, ayudas diagnósticas, medicamentos, etc.), deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros. En el caso del RIPS soporte de factura con varios usuarios, el valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de estas facturas de recaudo, informados en RIPS.	
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 entidad responsable de pago o demás pagadores.			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN. Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.	1
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",
      "viaIngresoServicioSalud": "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": null,
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```


3.3.3 Datos de la urgencia con observación

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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
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	1

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 "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 numDocumentoIdObligado.	1
R02	fechaInicioAtencion	Fecha y hora de ingreso del usuario a urgencias con observación.	C	16	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS ni menor a la fecha de nacimiento del usuario. Así mismo, no debe ser mayor a la fecha y hora de egreso.	1
R03	causaMotivoAtencion	Identificador de la causa que origina el servicio de salud.	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
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

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	
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: "CondicionyDestinoUsuarioEgreso 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 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

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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": "01",
      "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 "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 numDocumentoIdObligado.	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	0-30	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 web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE.	1
H08	codDiagnosticoRelacionadoE1	Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – 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.	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: "CondicionyDestinoUsuarioEgreso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación de la condición y destino 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.	1
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- 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-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": "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": "01",
"codDiagnosticoCausaMuerte": 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 numDocumentoIdObligado.	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: "TipoIdPISIS", 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 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.	2
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
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: "CondicionyDestinoUsuarioEgreso" 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-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
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": "500000000001",
"tipoDocumentoIdentificacion": "RC",
"numDocumentoIdentificacion": "10172349991",
"fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40",
"edadGestacional": 40,
"numConsultasCPrenatal": 6,
"codSexoBiologico": "02",
"peso": 1850,
"codDiagnosticoPrincipal": "K469",
"condicionDestinoUsuarioEgreso": "01",
"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 numDocumentoIdObligado.	1
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 periodo 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

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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
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

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
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
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 uno (1) 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. Diligenciar el valor mayor a cero (0) si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero (0). Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0)	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
M20	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.	2
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). 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. En el caso del RIPS soporte de factura con varios usuarios o servicios, el valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de estas facturas de recaudo, informados en RIPS.	2
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.			El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN. Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.	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": null,
      "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 debe estar relacionado con el numDocumentoIdObligado.	1
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	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					corresponda al registrado en MIPRES.	
S04	fechaSuministroTecnologia	Corresponde a la fecha y hora en la cual se realizó, dispensó, 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. 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.	1

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
					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. Si el tipo de otro servicio es diferente a "01: Dispositivos médicos e insumos" puede informar este campo como null.	1
S08	cantidadOS	Cantidad entregada de otros servicios.	N	5	Para dispositivos médicos, insumos, traslados y servicios complementarios: informar en unidades Para estancia informar la cantidad de días.	1
S09	tipoDocumentoIdentificacion	Tipo de documento de identificación de la persona que ordena otros servicios.	C	0, 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 Este dato debe aplicar únicamente para los tipos de otros servicios: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios".	1
S10	numDocumentoIdentificacion	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. Diligenciar el valor mayor a cero (0) si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero (0). Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0)	2

ID	Campo	Descripción	Tipo	Tamaño	Observaciones	Versión
S13	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.	2
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). En el caso del RIPS soporte de factura con varios usuarios o servicios, el valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de estas facturas de recaudo, informados en RIPS.	2
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. Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.	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,
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "10234561292",
      "vrUnitOS": 350000,
      "vrServicio": 350000,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": null,
      "consecutivo": 1
    }
  ]
}
```


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


```
{
  "numDocumentoIdObligado": "814006170",
  "numFactura": "CTFE226713",
  "tipoNota": null,
  "numNota": null,

  "usuarios": [
    {
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "52100200",
      "tipoUsuario": "01",
      "fechaNacimiento": "2000-01-01",
      "codSexo": "M",
      "codPaisResidencia": "170",
      "codMunicipioResidencia": "05134",
      "codZonaTerritorialResidencia": "01",
      "incapacidad": "02",
      "consecutivo": 1,
      "codPaisOrigen": "170",
      "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",
            "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
            "numDocumentoIdentificacion": "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",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "80100200",
      "vrServicio": 36341,
      "tipoPagoModerador": "04",
      "valorPagoModerador": 0,
      "numFEVPagoModerador": null,
      "consecutivo": 2
    }
  ],
  "procedimientos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
       "idMIPRES": null,
      "numAutorizacion": null,
      "codProcedimiento": "895100",
      "viaIngresoServicioSalud": "01",
      "modalidadGrupoServicioTecSal": "01",
      "grupoServicios": "04",
      "codServicio": 1,
      "finalidadTecnologiaSalud": "44",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
      "numDocumentoIdentificacion": "80100200",
      "codDiagnosticoPrincipal": "E109",
      "codDiagnosticoRelacionado": "E109",
      "codComplicacion": "E109",
      "vrServicio": 49700,
      "tipoPagoModerador": "02",
      "valorPagoModerador": 20000,
      "numFEVPagoModerador": null,
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "urgencias": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "causaMotivoAtencion": "21",
      "codDiagnosticoPrincipal": "B427",
      "codDiagnosticoPrincipalE": "B427",
      "codDiagnosticoRelacionadoE1": null,
      "codDiagnosticoRelacionadoE2": null,
      "codDiagnosticoRelacionadoE3": null,
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "01",
      "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",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": null,
      "fechaEgreso": "2021-12-12 14:22",
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "recienNacidos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "RC",
      "numDocumentoIdentificacion": "10172349991",
      "fechaNacimiento": "2019-05-10 10:40",
      "edadGestacional": 40,
      "numConsultasCPrenatal": 6,
      "codSexoBiologico": "02",
      "peso": 1850,
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "01",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": null,
      "fechaEgreso": "2019-05-25 09:30",
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "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": "01",
      "valorPagoModerador": 30000,
      "numFEVPagoModerador": null,
      "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": null,
      "consecutivo": 1
    },
            {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": null,
      "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",
  "codSexo": "M",
  "codPaisResidencia": "170",
  "codMunicipioResidencia": "05134",
  "codZonaTerritorialResidencia": "01",
  "incapacidad": "02",
  "consecutivo": 2,
  "codPaisOrigen": "170",
  "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",
        "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
        "numDocumentoIdentificacion": "70100200",
        "vrServicio": 36341,
        "tipoPagoModerador": "04",
        "valorPagoModerador": 0,
        "numFEVPagoModerador": null,
        "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",
        "vrServicio": 49700,
        "tipoPagoModerador": "04",
        "valorPagoModerador": 0,
        "numFEVPagoModerador": null,
        "consecutivo": 1
      }
    ],
    "urgencias": [
      {
```

```
      "codPrestador": "500000000001",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "causaMotivoAtencion": "22",
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "codDiagnosticoPrincipalE": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE1": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE2": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE3": "K469",
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": "K469",
      "fechaEgreso": "2021-08-18 08:10",
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "hospitalizacion": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "viaIngresoServicioSalud": "02",
      "fechaInicioAtencion": "2021-08-18 08:10",
      "numAutorizacion": "000000",
      "causaMotivoAtencion": "21",
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "codDiagnosticoPrincipalE": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE1": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE2": "K469",
      "codDiagnosticoRelacionadoE3": "K469",
      "codComplicacion": "K469",
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": "K469",
      "fechaEgreso": "2021-08-19 08:10",
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "recienNacidos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "tipoDocumentoIdentificacion": "RC",
      "numDocumentoIdentificacion": "10184354743",
      "fechaNacimiento": "2021-08-18 08:10",
      "edadGestacional": 40,
      "numConsultasCPrenatal": 2,
      "codSexoBiologico": "01",
      "peso": 1753,
      "codDiagnosticoPrincipal": "K469",
      "condicionDestinoUsuarioEgreso": "02",
      "codDiagnosticoCausaMuerte": "K469",
      "fechaEgreso": "2021-08-18 08:10",
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "medicamentos": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": "0000000",
      "idMIPRES": "",
      "fechaDispensAdmon": "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": null,
      "consecutivo": 1
    }
  ],
  "otrosServicios": [
    {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": "00",
      "idMIPRES": "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": null,
      "consecutivo": 1
    },
      {
      "codPrestador": "500000000001",
      "numAutorizacion": null,
      "idMIPRES": 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,
      "idMIPRES": 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

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVG01	R	Solo se podrá validar los RIPS si cumplen con la estructura establecida.	Los RIPS no cumplen con la estructura establecida.	1
RVG02	R	Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta.	Los datos de RIPS no coinciden con los informados en la factura electrónica de venta.	1
RVG03	R	Los RIPS deben contener registros de servicios prestados.	No se encuentran servicios prestados relacionados con la factura.	1
RVG04	R	El dato informado debe corresponder al tipo de dato requerido.	El dato informado no corresponde al tipo de dato requerido.	1
RVG05	R	El dato informado debe corresponder al tamaño de dato requerido.	El dato informado no corresponde al tamaño de dato requerido.	1
RVG06	R	El dato informado debe corresponder al contenido requerido.	El dato informado no corresponde al contenido requerido.	1
RVG07	R	Los usuarios registrados en la clasificación de usuarios deben estar relacionados en los datos de servicios.	Los usuarios informados deben estar informados en su totalidad en todos los tipos de registros.	1
RVG08	R	El valor reportado en los servicios debe coincidir con el valor de la factura electrónica de venta.	La sumatoria de los valores de los servicios prestados no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta.	1
RVG09	R	El valor reportado en las cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o pagos moderadores debe coincidir con el valor reportado en la factura electrónica de venta.	La sumatoria de los valores de los pagos moderadores no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta.	1
RVG10	R	Solo se podrá registrar un facturador electrónico en salud por RIPS y factura electrónica de venta.	Existen distintos facturadores de servicios de salud.	1
RVG11	R	Los profesionales que realizan consultas, procedimientos, prescriben medicamentos u ordenan otros servicios deben estar registrados en RETHUS o inscritos en la plataforma MIPRES si se trata de profesionales que se encuentran prestando el servicio social obligatorio provisional.	El profesional no se encuentra registrado en RETHUS o inscrito en la plataforma MIPRES.	1
RVG12	R	Usuarios informados con los mismos datos.	Existen dos o más usuarios registrados con los mismos datos.	1
RVG13	N	Medicamentos con el mismo código informados para el mismo usuario.	Existe dos o más medicamentos con el mismo código registrados para el mismo usuario.	1
RVG14	N	Si se informan nacimientos múltiples el procedimiento realizado puede corresponder a parto múltiple.	Existen dos o más registros de nacidos y la madre no tiene registro de procedimiento de parto múltiple.	1
RVG15	R	Si se informan datos de urgencias con observación, se debe validar que exista una consulta de urgencia con fecha y hora mayor o igual a la fecha y hora de ingreso del usuario a urgencias con observación.	Informó datos de urgencia sin informar la respectiva consulta de urgencia en los datos de urgencia con observación o viceversa.	1
RVG16	R	Al informar datos de urgencias con observación con la respectiva consulta de urgencia debe coincidir la causa que origina el servicio de salud.	Informó causa que origina el servicio de salud diferente entre urgencia con observación y consulta de urgencia.	1
RVG17	R	Al informar datos de recién nacido y cuando este reciba servicios o tecnologías de salud, los datos respectivos del recién nacido deben ser informados en el objeto "usuario" y los servicios o tecnologías de salud prestados, en los objetos de servicios respectivos.	Informó servicios o tecnologías de salud prestadas a recién nacido al usuario equivocado.	1

5. Validaciones por campo

Los campos relacionados con pagos moderadores (C18, C19, C20, P17, P18, P19, M20, M21, M22, S13, S14 y S15) pueden ser utilizados por parte del facturador electrónico del sector salud, cuando así se haya pactado en los acuerdos de voluntades relacionados con coberturas diferentes a las del SGSSS.

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC001	T01	R	Se requiere que el número de NIT del facturador electrónico en salud coincida con el número de NIT registrado en la factura electrónica de venta.	El NIT del facturador electrónico en salud informado en RIPS no coincide con el NIT informado en la factura electrónica de venta.	1
RVC002	T01	R	El número de NIT del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para para proveedores de tecnologías de salud o prestadores del Regímen de Excepción	El NIT informado en la factura electrónica de venta o en RIPS no se encuentra en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para para proveedores de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales.	1
RVC003	T01	R	Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, medicamentos y otros servicios.	Por ser un proveedor de tecnologías de salud únicamente puede informar datos de usuarios, medicamentos y otros servicios.	1
RVC004	T02	R	El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta.	El número de la factura informado en RIPS no coincide con el informado en la factura electrónica de venta.	1
RVC005	U03	N	El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	El tipo de usuario no corresponde a un afiliado de la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	1
RVC006	U04	R	La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS.	No es posible que la fecha de nacimiento sea mayor a la fecha de validación de los RIPS.	1
RVC007	U04	R	La edad según la fecha de nacimiento debe coincidir con el tipo de documento registrado	El tipo de documento informado no es válido para la edad del usuario.	1
RVC008	U04	N	Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años.	Está informando datos de recién nacido para un usuario menor a 9 años o mayor a 60 años.	1
RVC009	U05	N	Si se informan datos de recién nacido, se puede validar que el usuario tenga sexo "Femenino".	Está informando datos de recién nacido para un paciente con sexo diferente a "Femenino".	1
RVC010	U05	N	Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" – IVE se puede validar que el usuario sea de sexo "femenino".	Está informando que se le realizó una interrupción voluntaria del embarazo – IVE a un paciente con sexo diferente a "Femenino".	1
RVC011	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS.	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra registrado en SISPRO.	1
RVC012	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoIdObligado.	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra relacionado con el número de identificación tributaria – NIT informado en los RIPS.	1
RVC013	C02, P02, M04, S04	R	La fecha y hora del servicio no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de la prestación del servicio es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC014	C02, P02, M04, S04	R	La fecha del servicio no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta.	La fecha de la prestación del servicio se encuentra por fuera del periodo de facturación.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC015	C04	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta.	El código CUPS informado no corresponde a una consulta.	1
RVC016	C04, P05, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para el sexo informado.	1
RVC017	C04, P05, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	1
RVC018	C04, P05, S06	N	El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.	Tenga en cuenta que para el mismo paciente y en el mismo día no se puede informar más de una vez el código CUPS informado.	1
RVC019	C04, P05, S06	N	El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.	El código CUPS informado no corresponde a un código relacionado con el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.	1
RVC020	P05	N	El código de CUPS puede corresponder a una cobertura de procedimiento.	El código CUPS informado no corresponde a un procedimiento.	1
RVC021	P05	N	El código de CUPS se puede validar con el tiempo de estancia del paciente.	Tenga en cuenta que para el código CUPS informado se requiere de un tiempo de estancia del paciente.	1
RVC022	P05	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto y además el grupo de servicios informado es internación se puede validar que cuente con datos de hospitalización y de salas (parto o cirugía).	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto, debe informar en los RIPS datos de hospitalización.	1
RVC023	P05	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto se puede validar que cuente con datos de recién nacido.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto, debe informar en los RIPS datos del recién nacido.	1
RVC024	S06	R	El código del traslado, transporte o estancia debe corresponder al código dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.	El código informado del traslado, transporte o estancia no corresponde a un código CUPS.	1
RVC025	S06	R	El código de servicios complementarios debe corresponder al código dado por la tabla de referencia MIPRES.	El código de servicios complementarios no corresponde a un código dado en la tabla de referencia de MIPRES.	1
RVC026	S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de otros servicios.	El código CUPS informado no corresponde a una cobertura de otros servicios.	1
RVC027	C04	N	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.	El código CUPS no es de consulta intrahospitalaria o interconsulta y tiene informado datos de hospitalización o urgencias.	1
RVC028	C10, C11, C12, C13, P13, P14, P15, R04, R05, R05, R06, R07, R08, R10, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H13, N09, N11, M05, M06	N	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del paciente.	El código CIE no corresponde al sexo a la edad del paciente.	1
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

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
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, R10, H06, H07, H11, H13, N09, N11, M05	N	El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente).	El código CIE informado no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente).	1
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, M19, S11, S12	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 en salud, debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de las facturas de recaudo, informados en RIPS.	El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, no corresponde a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de las facturas de recaudo, informados en RIPS.	2
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 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 muerte".	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.	Eliminada
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.	2
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

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
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 del CUM en el catálogo respectivo de SISPRO.	El código IUM o CUM ingresado no se encuentra en el catálogo de datos de IUM o CUM, respectivamente.	1
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
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.	Eliminada

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
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.	Eliminada
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.	Eliminada
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.	Eliminada
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.	Eliminada
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 relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC078	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.	Eliminada
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
RVC091	C17, P16, M18, M19, S11, S12	R	Si el RIPS es sin FEV en salud el valor informado debe ser cero (0)	Tenga en cuenta que está informando RIPS sin una FEV en salud y no es posible incluir un valor	1

(C. F.).

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 2616 DE 2022

(diciembre 29)

por el cual se modifica parcialmente el Decreto 272 del 13 de febrero de 2018.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confieren el numeral 25 del artículo 189 de la Constitución Política, la Ley 7ª de 1991 y la Ley 1609 de 2013, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto 1881 del 30 de diciembre de 2021 se adoptó el Arancel de Aduanas Nacional que entró a regir a partir del 1° de enero de 2022.

Que en virtud de la Decisión número 805 y demás concordantes sobre política arancelaria común, actualmente los países miembros de la Comunidad Andina se encuentran facultados para adoptar modificaciones en materia arancelaria.

Que el Decreto 272 de 2018 estableció un gravamen arancelario de 0% para la importación de materias primas y bienes de capital no producidos en el país.

Que en sesión 359 del 26 de octubre de 2022 el Comité de Asuntos Aduaneros, Arancelarios y de Comercio Exterior, recomendó restablecer el arancel de aquellas subpartidas arancelarias que tienen Registro de Producción Nacional vigente con corte del 15 de octubre de 2022, contenidas dentro del Decreto 272 de 2018.

Que adicionalmente, el Comité instruyó a su Secretaría Técnica para realizar revisiones semestrales respecto de las subpartidas contenidas en el Decreto 272 de 2018 que tengan Registro de Producción Nacional, con el fin de que el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo proceda con el trámite de expedición del acto administrativo que restablezca el arancel previsto en el Decreto 1881 de 2021, sin que tal decisión deba llevarse previamente ante el Comité de Asuntos Aduaneros, Arancelarios y de Comercio Exterior.

Que conforme a lo dispuesto en el parágrafo 2º del artículo 2º de la Ley 1609 de 2013, la medida adoptada en el presente decreto entra en vigor transcurridos quince (15) días calendario contados a partir del día siguiente a su publicación en el ***Diario Oficial***.

Que conforme al numeral 8 del artículo 8° de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en concordancia con el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de la Presidencia de la República, el proyecto de decreto fue publicado y sometido a comentarios de la ciudadanía por el término de cinco (5) días calendario, a efectos de garantizar la participación pública frente a la integridad de los aspectos abordados en la normativa.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1º. Restablecer el gravamen arancelario definido en el artículo 1º del Decreto 1881 del 30 de diciembre de 2021 para la importación de los productos clasificados en las subpartidas arancelarias relacionadas a continuación:

2515200000	3919901900	4806200000	5516130000	7415330000	8481909000
2518100000	3920510000	4810131900	5516410000	7604291000	8483909000
2523900000	3920620010	4810132000	5516940000	7609000000	8484900000
2706000000	4001220000	4811411000	5606000000	8201100000	8511902900
2936299000	4008190000	4811419000	6305390000	8305100000	8708291000
3006910000	4008212900	4819400000	6810910000	8305900000	8708302100
3802909000	4008290000	4823700000	7010100000	8307100000	8708302500
3806200000	4011400000	5205440000	7010904000	8307900000	9001500000
3808949900	4411120000	5205460000	7210610000	8403100000	9022900000
3815900000	4411130000	5208190000	7211290000	8407320000	9032899000
3816000000	4411140000	5208410000	7229900000	8407330000	9402901000
3901200000	4411930000	5208599000	7306400090	8413820000	9606301000
3915100000	4421100000	5305009000	7307290000	8428200000	
3916900000	4421999000	5404199000	7318120000	8431390000	
3917329100	4706920000	5509920000	7318140000	8432420000	
3919100000	4802572000	5516110000	7318230000	8441800000	

Artículo 2°. Los aranceles a los que se refiere este decreto, no modifican ningún programa de desgravación preferencial vigente en Colombia.