

**LINEAMIENTOS PARA LA GENERACIÓN,
VALIDACIÓN Y ENVÍO DEL REGISTRO INDIVIDUAL
DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD –
RIPS, COMO SOPORTE DE LA FACTURA
ELECTRÓNICA DE VENTA – FEV EN SALUD**

**Ministerio de Salud y Protección Social
Viceministerio de Protección Social**

**Bogotá, D.C., Julio 2024
Versión 2**

GUSTAVO PETRO URREGO

Presidente de la República

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de la Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación Social

GONZALO PARRA GONZALEZ

Secretario General

GERMAN RAÚL CHAPARRO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento
en Salud

MARGARITA MARÍA ESCUDERO OSORIO

Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones

OTONIEL CABRERA ROMERO

Director de Financiamiento Sectorial

WILSON BARRIOS DELGADO

Jefe Oficina de Tecnología de Información y Comunicaciones

Autores

Adriana Abadía Salazar
Adriana Yaneth Escobar Díaz
Antonio José Romero Vergara
Carlos Humberto Pérez Vesga
Carlos Sanabria Buitrago
Danilo Bonilla Morales
Edgar Arnelson Torres Triviño
Germán Alfredo Gil Forero
Gustavo Adolfo Rodríguez Benavides
Jacqueline Becerra Silva
Juan Pablo Rojas Solarte
Shirley Mildred Quiroga Mendoza
Wilmer Camilo Bernal Rodríguez

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD | 8 |
| <hr/> | |
| 1.1. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.2. PROPÓSITO Y ALCANCE | 13 |
| 1.3. PLAN DE TRANSFORMACION DIGITAL | 14 |
| 1.4. SIGLAS..... | 15 |
| 1.5. NORMATIVA..... | 16 |
| | |
| CAPÍTULO 2. MODELO FUNCIONAL | 18 |
| <hr/> | |
| 2.1. PARTICIPANTES | 19 |
| 2.1.1. FACTURADOR ELECTRÓNICO EN SALUD | 19 |
| 2.1.1.1. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – PSS | 19 |
| 2.1.1.2. PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD – PTS | 21 |
| 2.1.2. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN | 23 |
| 2.1.3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MINSALUD | 25 |
| 2.1.4. ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO | 26 |
| 2.2. PROCESOS | 28 |
| 2.2.1. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA FEV EN SALUD Y DEMÁS SOPORTES | 35 |
| 2.2.1.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MULTIUSUARIO | 36 |
| 2.2.1.2. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MONOUSUARIO | 36 |
| 2.2.2. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA CRÉDITO | 36 |
| 2.2.2.1. ANULACIÓN DE FACTURAS. | 38 |
| 2.2.2.2. AFECTACIÓN DE FACTURAS | 38 |
| 2.2.3. GENERACIÓN DE RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA DÉBITO | 41 |
| 2.2.3.1. SERVICIOS NO FACTURADOS POR EL PSS | 41 |
| 2.2.4. GENERACIÓN DE RIPS PARA NOTA AJUSTE DE RIPS | 41 |
| 2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA | 42 |
| 2.2.6. GENERACIÓN DE FACTURA CAPITA | 42 |
| 2.2.7. GENERACIÓN DE NOTA CRÉDITO SIN RIPS | 43 |
| 2.2.8. SOBRE EJECUCION DEL CONTRATO | 44 |
| | |
| CAPÍTULO 3. GENERACIÓN DE LOS DATOS | 45 |
| <hr/> | |
| 3.1. DETALLE DE LOS DATOS DE RIPS | 45 |
| 3.1.1. DATOS RELATIVOS A LA TRANSACCIÓN | 45 |
| 3.1.2. DATOS RELATIVOS A LOS USUARIOS | 46 |
| 3.1.3. DATOS RELATIVOS AL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS DE SALUD Y A LOS VALORES FACTURADOS | 53 |
| 3.1.3.1. DATOS DE CONSULTAS | 53 |
| 3.1.3.2. DATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS | 75 |
| 3.1.3.3. DATOS DE LA URGENCIA CON OBSERVACIÓN | 82 |
| 3.1.3.4. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN | 86 |
| 3.1.3.5. DATOS DE RECIÉN NACIDO | 89 |

| | | |
|----------|----------------------------------|------------|
| 3.1.3.6. | DATOS DE MEDICAMENTOS | 91 |
| 3.1.3.7. | DATOS DE OTROS SERVICIOS | 96 |
| 3.2. | CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES | 101 |
| 3.3. | TABLAS DE REFERENCIA | 101 |

CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN DE LOS DATOS **106**

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.1. | MECANISMO DE VALIDACIÓN | 106 |
| 4.1.1. | SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR | 106 |
| 4.1.1.1. | MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA. | 106 |
| 4.1.1.2. | MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL. | 107 |
| 4.1.1.3. | MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL. | 107 |
| 4.1.1.4. | MÓDULO NOTA DÉBITO | 108 |
| 4.1.1.5. | MÓDULO NOTA AJUSTE DE RIPS | 108 |
| 4.1.1.6. | MÓDULO RIPS SIN FACTURA | 108 |
| 4.1.1.7. | MÓDULO FACTURA O NOTA CRÉDITO SIN RIPS | 109 |
| 4.1.1.8. | MÓDULO FACTURA CAPITA | 109 |
| 4.1.2. | SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES | 109 |
| 4.1.2.1. | MÉTODO CARGARFEVRIPS | 109 |
| 4.1.2.2. | MÉTODO CARGARNCREDITOTOTAL | 110 |
| 4.1.2.3. | MÉTODO CARGARNCREDITO | 110 |
| 4.1.2.4. | MÉTODO CARGARNDEBITO | 110 |
| 4.1.2.5. | MÉTODO CARGARNAJUSTE | 110 |
| 4.1.2.6. | MÉTODO CARGARRIPSSINFACTURA | 110 |
| 4.1.2.7. | MÉTODO FEVNC SINRIPS | 111 |
| 4.1.2.8. | MÉTODO FEVCAPITA | 111 |
| 4.2. | ESTRUCTURA DEL ARCHIVO..... | 111 |
| 4.2.1. | SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR. | 111 |
| 4.2.1.1. | MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA. | 111 |
| 4.2.1.2. | MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL | 112 |
| 4.2.1.3. | MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL | 113 |
| 4.2.1.4. | MÓDULO NOTAS DÉBITO | 114 |
| 4.2.1.5. | MÓDULO NOTA AJUSTE DE RIPS | 115 |
| 4.2.1.6. | MÓDULO RIPS SIN FACTURA | 115 |
| 4.2.2. | SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES | 116 |
| 4.2.2.1. | MÉTODO CARGAFEV | 116 |
| 4.2.2.2. | MÉTODO CARGARNCREDITO | 116 |
| 4.2.2.3. | MÉTODO CARGARNCREDITOTOTAL | 117 |
| 4.2.2.4. | MÉTODO CARGARNDEBITO | 117 |
| 4.2.2.5. | MÉTODO CARGARNAJUSTE | 117 |
| 4.2.2.6. | MÉTODO CARGARRIPSSINFACTURA | 117 |
| 4.3. | PROCESO DE VALIDACIÓN DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD | 117 |
| 4.4. | EJEMPLOS ESPECIFICOS DE RIPS..... | 118 |
| 4.4.1. | PREPARACIONES MAGISTRALES | 118 |
| 4.5. | RESULTADOS | 123 |
| 4.5.1. | VALIDACIONES GENERALES DEL RIPS. | 123 |
| 4.5.1.1. | ESTRUCTURA Y SINTAXIS | 123 |

| | |
|---|------------|
| 4.5.2. VALIDACIONES POR CAMPO DEL RIPS | 125 |
| 4.5.3. VALIDACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE FACTURACION (INVOICE, CREDITNOTE, DEBITNOTE, APPLICATIONRESPONSE, ATTACHEDDOCUMENT) | 134 |
| 4.5.2.1. VALIDACIONES DE ARCHIVOS | 135 |
| 4.5.2.2. VALIDACIONES POR ESTRUCTURA | 135 |
| 4.5.2.3. VALIDACIÓN SOBRE LOS DATOS | 143 |
| 4.5.2.4. VALIDACIONES EN EL ALMACENAMIENTO | 145 |
| 4.5.2.5. VALIDACIONES DE LA CONSISTENCIA DE ARCHIVOS | 146 |
| 4.6. OTROS LINEAMIENTOS..... | 146 |
| 4.6.1. ANTICIPOS SOBRE LA FEV EN SALUD | 146 |
| 4.6.2. RIPS SIN FACTURA | 146 |
| 4.6.3. NOTA CRÉDITO Y DÉBITO CON REFERENCIAS A FACTURAS. | 147 |
| 4.6.4. PREPARACIONES MAGISTRALES | 147 |
| 4.7. TIPOS DE OPERACIÓN. | 148 |
| 4.7.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA. | 148 |
| 4.7.2. NOTAS CRÉDITO | 151 |
| 4.7.3. NOTAS DEBITO | 151 |
| 4.8. SERVICIOS EXPUESTOS PARA ERP Y DEMAS PAGADORES. | 152 |
| 4.8.1. CONSULTA DEL CUV POR PARTE DE LAS ERP - Y DEMÁS PAGADORES. | 152 |
| 4.8.2. DESCARGA DE ARCHIVOS XML Y RIPS POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGOS Y DEMÁS PAGADORES | 152 |
| <u>CAPÍTULO 5. ENVÍO DE LOS DATOS</u> | 153 |
| 5.1. REQUERIMIENTOS DEL CERTIFICADO DIGITAL..... | 153 |
| 5.2. MECANISMO DE ENVÍO..... | 153 |
| 5.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR. | 154 |
| 5.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES | 159 |
| 5.3. MENSAJES..... | 162 |
| <u>CAPÍTULO 6. CONTINGENCIA</u> | 164 |
| <u>CAPÍTULO 7. MESA DE AYUDA</u> | 166 |
| 7.1. CANALES DE COMUNICACIÓN | 166 |
| 7.2. ACUERDOS DE NIVEL DE SERVICIO | 166 |
| 7.2.1. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 1 | 166 |
| 7.2.2. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 2 | 167 |
| 7.3. PREGUNTAS FRECUENTES | 168 |

Tabla de ilustraciones

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 Interoperabilidad de Sistemas MinSalud | 8 |
| Ilustración 2 Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en Salud | 18 |
| Ilustración 3 Figuras que componen los procesos | 30 |
| Ilustración 4 Proceso general de generación y flujo de información entre participantes | 31 |

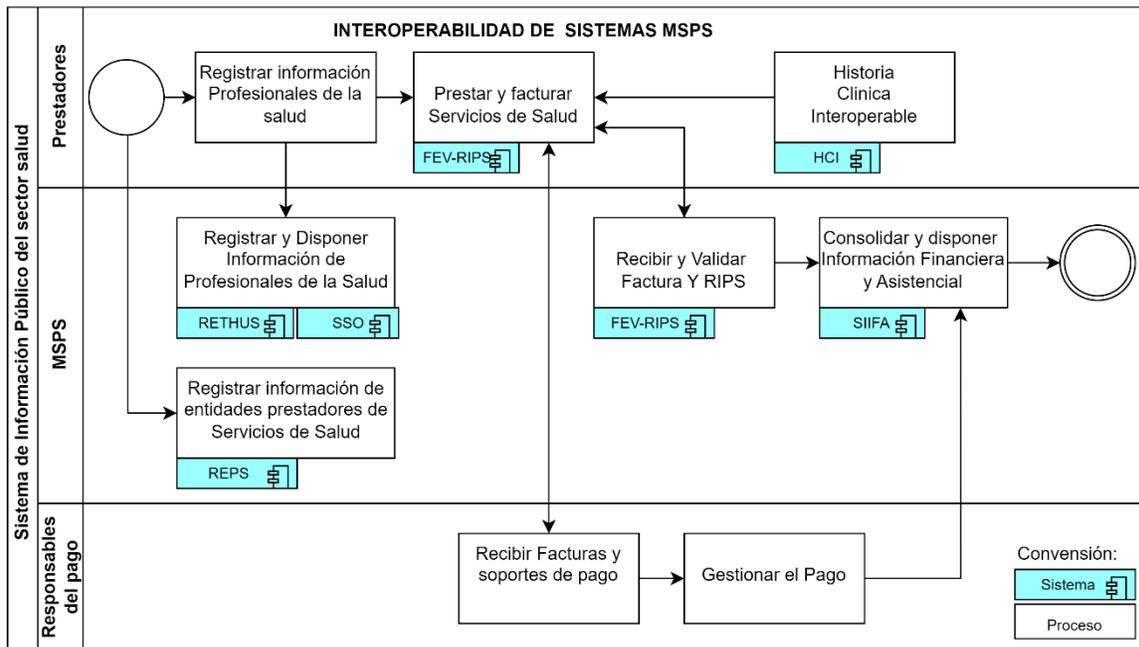
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD

1.1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), como entidad responsable de la gobernanza y el liderazgo del sistema de salud colombiano, adelanta un plan de transformación digital¹ que tiene como horizonte la estructuración de un Sistema de Información Público basado en la interoperabilidad de los distintos sistemas de información y registros que coexisten, sectorial e intersectorialmente, integrando plataformas informáticas para acrecentar la eficiencia de los diferentes procesos administrativos, financieros y asistenciales, en beneficio de las personas, las familias, las instituciones y los territorios.

Dentro de estos sistemas de información, resaltan por su trascendencia en la realización de la garantía del derecho fundamental a la salud, entre otros, la Historia Clínica Interoperable –HCI, el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT, el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS, y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS como soporte obligatorio de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud.

Ilustración 1 Interoperabilidad de Sistemas MinSalud



Fuente: Elaboración propia, MinSalud, 2023

¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Plan-de-Transformacion-Digital-MSPS-2020-2022.pdf>

Como parte del propósito del presente documento, con el ánimo de integración hacia un Sistema de Información Público, vale mencionar los avances en la implementación del modelo de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica Interoperable, como estrategia que permitirá el registro fiel de las actividades realizadas por los Prestadores de Servicios de Salud –PSS y el talento humano de los equipos de salud responsables de la integralidad y complementariedad del proceso de atención, constituyéndose en fuente primaria del dato, a partir de la cual será posible ejercer la gobernanza sectorial. La generación de información a partir de la Historia Clínica Electrónica, dispuesta de manera organizada y asociada a la interoperabilidad de los sistemas de información existentes o en proceso de implementación, se constituye entonces en la piedra angular del desarrollo del Sistema de Información Público del sector salud, por su capacidad de abarcar desde estos registros, a la totalidad de prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, y a los pagadores en sus diferentes relacionamientos contractuales y fuentes de financiación (ADRES, Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, regímenes especiales o de excepción, SOAT, ARL, medicina prepagada, práctica privada, etc.).

En esta ruta, el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo a la obligatoria masificación del sistema de facturación electrónica implementado para todos los sectores económicos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN, y adelantando el proceso de reglamentación del artículo 15 de la Ley 1966 de 2019², donde se establece que el único documento válido para efectuar el cobro de servicios y tecnologías de salud prestados es la Factura Electrónica de Venta –FEV- en salud con validación previa de la DIAN, y que el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud -RIPS es obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, expidió la Resolución 2275 de 2023. Esta norma, que apropió los campos de datos del sector salud adicionales a la generación de la FEV, también integró el RIPS como fuente de información y soporte del detalle de los servicios y tecnologías de salud objeto de facturación, y, además, estableció por primera vez como hito dentro del sector salud, el proceso de radicación de la FEV en salud (capítulo 3, artículos 13 y 14, Resolución 2275 de 2023), punto de partida para el trámite de reconocimiento y pago de la atención brindada.

En consonancia y de manera complementaria, el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS existente desde el año 2000³, fue actualizado para cumplir con el proceso de facturación electrónica del sector salud, mediante la Resolución 2275 de 2023, capítulo 2, norma en la cual se propone un flujo oportuno y directo desde los facturadores electrónicos del sector salud, de la información administrativa y asistencial soportada en la historia clínica y los demás registros de atención, adquiriéndose para el RIPS una nueva estructura, contenido estandarizado y generación

² Ley 1966 de 2019, Artículo 15°. Factura electrónica en salud. Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Deberán presentarla, al mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley, contado a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, prescribirá el derecho en los términos de ley. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos, soportes y términos que deben cumplir las facturas, incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, y en lo que sea pertinente en coordinación con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN-. En todo caso la generación de los RIPS se realizará al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente.

³ Resolución 3374 de 2000, Ministerio de Salud.

explícita de validaciones y relacionamiento de datos, que serán verificados a través del mecanismo único de validación dispuesto para el efecto por este ministerio.

El relacionamiento de la información administrativa y financiera de la factura de venta en salud validada previamente por la DIAN, con la información asistencial del RIPS validado a través del mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes de ley (estos últimos enviados solamente al pagador), aportan la información suficiente y necesaria para que una vez transmitida electrónicamente al pagador a través de canales que garanticen su autenticidad, se dispare el hito de radicación de la factura. A partir de este hecho, se inicia el proceso de reconocimiento y pago de la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, atendiendo los tiempos y términos definidos en la ley, optimizándolo y dándole trazabilidad, permitiendo, además, la consolidación de información para el seguimiento de la condición de salud del país y de la prestación de servicios, teniendo en cuenta, entre otras el comportamiento de variables demográficas, epidemiológicas y financieras necesarias en la gestión de la salud pública, así como de la información base de los procesos de dirección, regulación y control del SGSSS y del sector salud en general.

Con miras a procurar los plazos para llevar a cabo esta transición fundamental, la Resolución 2275 de 2023 fue aplazada por la Resolución 558 de 2024, fijándose el inicio de la vigencia de los campos de datos de la FEV en salud y el nuevo RIPS en estructura JSON para el 1 de octubre de 2024, y a su vez, sustituyendo los anexos técnicos correspondientes para incorporarles ajustes indispensables para el funcionamiento del mecanismo único de validación del RIPS.

En el contexto de la Ley 1966 de 2019, también debe resaltarse que, el RIPS como soporte de la FEV en salud, se constituye en un conjunto de información que aporta de manera decisiva en la implementación del Registro de Contratación y el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial –SIIFA, de que tratan los artículos 3 y 4 de la citada ley, herramientas que permitirán construir una arquitectura de información completa con las funcionalidades operativas y transaccionales del sector salud, siendo este conjunto de información del RIPS y la FEV en salud (y sus documentos electrónicos relacionados), los instrumentos a través de los cuales es posible efectuar en el SIIFA, la actualización de las diferentes etapas que surten el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud desde su realización, facturación, y aplicación de devoluciones, glosas y respuestas, hasta la generación de las notas crédito o débito que llevan a la aceptación y pago de la factura. Estos sistemas de información interoperables, que se integrarán al Sistema de Información Público, promueven la transparencia al dar cuenta precisa del flujo de recursos y el estado del trámite de las FEV en salud, conciliando la información financiera y asistencial de los servicios y tecnologías contratados, prestados, facturados, glosados y pagados, abriendo la posibilidad de adelantar el seguimiento y evaluación del uso de estos recursos y su impacto en el estado de salud de las personas.

A su vez, como se advierte, los RIPS constituyen una fuente esencial de datos para la definición de la política pública en razón a la capacidad de consolidar el relacionamiento entre la prestación o provisión de tecnologías en salud con el reconocimiento y pago de las mismas, conforme lo cual es dable acceder a la información detallada por usuario, conociéndose con oportunidad el comportamiento de este relacionamiento de los diferentes participantes del sistema de salud y del sector salud en general.

La información que progresivamente se consolide y los históricos utilizables, deberá estar disponible para todos los participantes del sector salud y la población en general a través del Sistema de Información Público, conforme lo cual, entidades y personas tendrán acceso al conjunto de datos o a los reportes que requieran para el cumplimiento de las funciones y competencias que les han sido determinadas por la ley o para el ejercicio ciudadano del derecho fundamental a la salud.

En el presente documento se definen los aspectos operativos y tecnológicos para la generación, validación y transferencia de datos del RIPS como soporte de la FEV en salud, estableciéndose en detalle los lineamientos para mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los mismos, así como los estándares para la debida implementación de la normatividad por parte de los facturadores electrónicos del sector salud. Para el efecto, es fundamental que estos facturadores electrónicos del sector salud y las entidades obligadas a generar el RIPS, según les corresponda, incorporen estos lineamientos a sus procesos y adapten las herramientas y soluciones informáticas que los soportan, para asegurar el registro, validación y envío correcto de los datos a las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores y al Ministerio de Salud y Protección Social.

En el micrositio de Factura Electrónica de Venta en salud, se encontrará la versión vigente de estos lineamientos y de los documentos y herramientas técnicas emitidos por el Ministerio, cuyas actualizaciones están relacionadas con la forma de cómo se deben registrar y validar los diferentes datos, y las especificaciones para el envío de estos.

Para mejor entendimiento del lector, el presente documento, se compone de 7 capítulos.

En el capítulo 1, sobre GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD, se realiza una contextualización al lector en el escenario operativo del proceso de facturación electrónica de venta y de generación del RIPS como soporte de la misma, la organización y funcionamiento de los sistemas de información específicos y relacionados, existentes y por desarrollar, en aras de implementar el mecanismo único de validación del RIPS o la factura electrónica de venta; Se establece igualmente el alcance del documento, centrándolo en la utilización y aprovechamiento de los campos de datos de la FEV en salud y del RIPS; se presenta el Plan de Transformación Digital que lleva a cabo el Ministerio y la integración al Sistema de Información Público de los sistemas de información que soportan la facturación electrónica del sector salud, los RIPS y el mecanismo único de validación;

En el capítulo 2 sobre el MODELO FUNCIONAL, se representa las principales actividades que deben realizar las entidades participantes del proceso de generación, validación y reporte del RIPS como soporte obligatorio de la FEV en salud, teniendo en cuenta el relacionamiento a partir de acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud (relación facturador electrónico del sector salud y su pagador), así como la atención en salud sin que medie un contrato y la obligación de reporte del RIPS por parte de entidades que no corresponden a facturadores electrónicos del sector salud; además, se describen los aspectos vinculantes de la normatividad DIAN para el proceso de FEV en salud, y el rol de las entidades de dirección, financiamiento e IVC en el proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.

En este capítulo, se aborda igualmente el proceso de generación y reporte del RIPS como soporte de la FEV en salud, su validación a través del mecanismo único, la radicación del conjunto de información (FEV en salud, RIPS, demás soportes), el trámite de devoluciones, glosas y respuestas de glosa, la generación de notas crédito, notas débito, notas de ajuste de RIPS, y la aceptación de la FEV en salud.

Se compendia secuencialmente las principales actividades que lo componen e identifican las entidades responsables de realizarlas, con el ánimo de ilustrar las diferentes situaciones y detalles operativos que puedan presentarse.

En el capítulo 3, sobre la GENERACIÓN DE LOS DATOS, se hace una explicación detallada de los campos de datos que componen el RIPS, para orientar sobre el relacionamiento de los mismos frente a los campos de datos contenidos en la FEV en salud, con el fin de permitir la articulación del conjunto de información administrativa, financiera y asistencial. Se detallan aspectos relevantes del dato que se debe informar para cada campo en cuanto a su estructura, contenido y relación, precisando el uso de las opciones disponibles en las tablas de referencia SISPRO, y en caso de ser necesario, documentando la actualización de las opciones de diligenciamiento de dichas tablas, de manera que los participantes del proceso puedan consultar las versiones vigentes de las mismas.

El capítulo 4, relacionado con la VALIDACION DE LOS DATOS, se detallan cada una de las validaciones que se le aplicarán al RIPS por parte del mecanismo único de validación implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Aquí se detallan todas las reglas de validación dispuestas en la Resolución 2275 de 2023, para las cuales, en cada una de ellas se definió una condición con efecto de rechazo o notificación, determinándose en aquellas de rechazo el no cumplimiento y la consecuente no generación del código único de validación – CUV del RIPS como soporte de la factura, necesario para avanzar en la radicación de la FEV en Salud con sus soportes. Por su parte, las reglas de notificación permiten informar eventuales inconsistencias del dato, susceptibles de ajuste, sin que se impida el proceso de radicación. Cuando se cumplen las reglas que generan rechazo el mecanismo único de validación expide el código único de validación – CUV.

Dentro del capítulo 5, se desarrolla el ENVIÓ DE LOS DATOS por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, contenidos en la FEV en Salud (en formato XML) y el RIPS (en formato JSON), con destino hacia el mecanismo único de validación para su procesamiento y respuesta. Una vez obtenido el código único de validación – CUV, el facturador electrónico del sector salud debe remitir el conjunto de información conformado por la FEV en Salud y el RIPS validados, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente.

El capítulo 6, se detalla el PLAN DE CONTINUIDAD que se activará ante cualquier eventualidad del mecanismo único de validación del RIPS, detallándose de manera general y específica la secuencia de actividades que se desplegarán según las diferentes causas o situaciones que se presenten (contingencias de la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social), y las responsabilidades que deben asumirse en estos casos por todas las entidades participantes en el proceso.

Para el capítulo 7, se disponen los aspectos relacionados con la MESA DE AYUDA; se detalla los canales de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la atención de novedades que se puedan llegar a presentar al momento de la transmisión de la información a través del mecanismo de validación y los tiempos de respuesta. Se incluirá una guía de las principales causas de los errores en el proceso y las soluciones que se deben implementar.

1.2. PROPÓSITO Y ALCANCE

Con el presente documento, el Ministerio de Salud y Protección Social da cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 21. Transición de la Resolución 2275 de 2023, en cuanto a la obligación de elaborar y publicar un documento de lineamientos técnicos para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud.

Aunque los lineamientos aquí contenidos, se dirigen principalmente a los Prestadores de Servicios de Salud –PSS y a los Proveedores de Tecnologías en Salud – PTS, en su rol de facturadores electrónicos del sector salud, a las entidades obligadas a generar RIPS sin factura, y a las Entidades Responsables de Pago –ERP y demás pagadores, tienen el propósito de brindar a todos los participantes del sistema de salud, la información necesaria para la comprensión del proceso de generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud, además de constituirse en referente técnico para la implementación de la Resolución 2275 de 2023, y las normas que las modifiquen, sustituyan o se encuentren relacionadas.

Su alcance es el de identificar la secuencia de procesos y el detalle de las actividades que deben desarrollarse por los facturadores electrónicos del sector salud para generar, validar y enviar el RIPS como soporte de una FEV en salud bajo cualquier modalidad de contratación, especificando como deben utilizarse los campos de datos definidos en la norma para que el facturador electrónico en salud informe y envíe cada uno de estos campos identificándolo mediante consecutivos que asocian al usuario y el registro del servicio a nivel de código, para todos los servicios y tecnologías de salud objeto de facturación. Así mismo, se ilustra el manejo al interior del RIPS como soporte de la FEV en salud, de las eventuales causas de devoluciones, glosas (u objeciones) y respuestas, que surgen en desarrollo de los acuerdos de voluntades suscritos. Incluye igualmente, las particularidades que deben seguirse en este proceso por las entidades obligadas a generar y reportar el RIPS sin factura.

La identificación detallada de las diferencias en el proceso de facturación, al estar enlazadas mediante los consecutivos del usuario y el registro del servicio, permite acceder a los campos del RIPS del servicio facturado sobre el cual se presenta la glosa u objeción, permitiendo a las partes diligenciar a este nivel de detalle los reportes de glosas y de respuesta de glosas, componiéndose finalmente un minucioso lenguaje común (estandarizando), que debe ser utilizado en los procesos de auditoría de cuentas médicas, esperando como resultado, la digitalización, automatización y agilización del trámite de reconocimiento y pago de las atenciones.

Esta interacción que regularmente se da entre el facturador electrónico del sector salud y sus pagadores, al ser parte del proceso de facturación electrónica, igualmente será transmitida al Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA, para permitir la trazabilidad de la FEV en salud, en cuanto a los tiempos de trámite de las facturas, los servicios y valores involucrados, facilitando la realización de notas crédito o débito, el pago oportuno de los servicios al facturador electrónico del sector salud y la consolidación del estado de cuenta del flujo de recursos en el sistema de salud.

Los lineamientos contenidos en el presente documento, estarán en continua revisión y sus versiones podrán ser actualizadas con base en las observaciones, recomendaciones y necesidades generales de los participantes del sistema de salud, atendiendo además, a la dinámica propia de las actividades

reglamentarias sectoriales que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social, particularmente las relacionadas con la interoperabilidad de los sistemas de información, la modificación de las fuentes y campos de datos, o de las plataformas informáticas que soportan el proceso de facturación electrónica y la generación del RIPS como soporte de la misma, así como del análisis de los datos registrados cuyo resultado derive en la necesidad de mejoramiento del proceso.

Las observaciones, sugerencias e inquietudes que se presenten sobre el documento deben dirigirse a la mesa de ayuda según lo dispuesto en el numeral [7.1. CANALES DE COMUNICACIÓN](#)

1.3. PLAN DE TRANSFORMACION DIGITAL

El proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud y su mecanismo único de validación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, acoge el Decreto 1008 del 14 de junio de 2018, por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. En estas normas, bajo el principio de la seguridad de la información, se establece como elemento de la Política de Gobierno Digital, el Manual de Gobierno Digital, señalado en el Artículo 2.2.9.1.2.2., el cual define los lineamientos, estándares y acciones a ejecutar por parte de los sujetos obligados de esta Política de Gobierno Digital.

La política de Gobierno Digital se constituye en el eje fundamental para lograr la transformación digital del Estado, en tanto proporciona los estándares tecnológicos para optimizar la gestión de las entidades públicas, y brinda lineamientos para impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos a través de las TIC.

En el mismo camino, el RIPS como soporte de la FEV en salud atiende lo dispuesto en el documento CONPES 3975 de 2019 sobre la Política Nacional para la Transformación Digital e Inteligencia Artificial, que tiene como objetivo potenciar la generación de valor social y económico en el país a través del uso estratégico de tecnologías digitales en el sector público y el sector privado, para impulsar la productividad y favorecer el bienestar de los ciudadanos, así como generar los habilitadores transversales para la transformación digital sectorial, de manera que Colombia pueda aprovechar las oportunidades y enfrentar los retos relacionados con la Cuarta Revolución Industrial (4RI). El centro de esta política es la transformación digital, ya que este fenómeno está cambiando radicalmente la sociedad y es uno de los principales motores de la 4RI. Esto conlleva grandes retos para Colombia frente a la oportunidad del país para generar valor económico y social, a través del uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).

En este sentido, entidades públicas como el Ministerio de Salud y Protección Social, deben aplicar los lineamientos de planeación estratégica que permitirán implementar la política de Gobierno Digital, como instrumento para gestionar la transformación digital de la administración pública a nivel nacional y territorial. El Plan de Transformación Digital – PTD Sector, PTD del Ministerio de Salud y Protección - MSPS, tiene una visión prospectiva de ejecución para los próximos años, en la que se incluirán todos los ámbitos y temáticas definidas en las guías y herramientas vigentes expedidas por Ministerio de

Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para su construcción y que permitan garantizar la incorporación y el uso de tecnologías emergentes y disruptivas.

Ante el marco normativo expuesto, existe la necesidad de seguir soportando los procesos y procedimientos del Ministerio en las plataformas tecnológicas existentes y de involucrar nuevas tecnologías de manera adecuada sobre la arquitectura TI con que se cuenta actualmente, se generan las pautas que contribuyen al proceso de Transformación Digital del Ministerio de Salud y Protección - MSPS para garantizar al máximo el aprovechamiento de las tecnologías de información, enmarcado en las premisas de generación de valor público en un entorno de confianza digital.

Es así como, el desarrollar una solución tecnológica que permita recibir, validar, transmitir al Ministerio de Salud y Protección Social y disponer la factura electrónica de venta en salud y de los documentos electrónicos asociados a la misma, notas crédito y notas débito, y las notas de ajuste del RIPS y los RIPS asociados a los mismos, los RIPS sin factura y las Facturas electrónicas de venta en salud sin RIPS, en implementación de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019 y la Resolución 2275 de 2023, aporta a la construcción de la senda de la transformación digital institucional considerando el desarrollo de nuevas soluciones tecnológicas y transformando digitalmente los servicios que brinda a sus grupos de interés adoptando los nuevos lineamientos de la Gestión de TI del Estado Colombiano, desarrollando su rol estratégico como cabeza de Sector y liderando iniciativas de TI que deriven en soluciones reales

1.4. SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ADRES | Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| EPS | Entidad Promotora de Salud. |
| ERP | Entidad Responsable de Pago. |
| ET | Entidad Territorial |
| FEV | Factura Electrónica de Venta |
| IVC | Inspección Vigilancia y Control |
| MCP | Modalidad de Contratación y de Pago |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social. |
| PB | Plan de Beneficios. |
| PM | Presupuesto Máximo |
| PIC | Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas. |
| PSS | Prestador de Servicios de Salud. |
| PTS | Proveedor de Tecnologías en Salud |
| RIAS | Ruta Integral de Atención en Salud. |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SOGCS | Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud |
| SIIFA | Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial |
| SNS | Superintendencia Nacional de Salud. |
| UPC | Unidad de Pago por Capitación. |

1.5. NORMATIVA

Para adelantar el proceso de factura electrónica de venta – FEV en Salud y RIPS soporte de la misma, debe tenerse en cuenta el siguiente marco normativo, sin que el mismo sea exhaustivo, en la medida en que existen normas complementarias aplicables al proceso.

| NORMA |
|---|
| Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Artículo 173 |
| Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 13, literal D y artículo 44, parágrafo 2° |
| Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículos 56, 57, 112, 114, 116 y 130. |
| Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Ley 1753 de 2015, "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Artículo 65. |
| Ley 2015 de 2020 "Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones". Artículo 3° |
| Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022. "pacto por Colombia, pacto por la equidad". Artículo 243. |
| Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículos 3, 4 y 15. |
| Resolución 866 de 2021 "Por la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones". Artículo 8. |
| Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". • Capítulo 4 Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT. Artículo 2.6.1.4.1 y siguientes. • Título 4: Planes Voluntarios de Salud. Artículo 2.2.4.1 y siguientes, Artículo 2.2.4.1.20, Artículo 2.2.4.1.30, Artículo 2.2.4.1.35" |
| Decreto 441 de 2022 "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud". Artículo 2.5.3.4.4.1 |
| Resolución 3047 de 2008 "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007" |
| Resolución 1405 de 2022 |

| NORMA |
|--|
| <p>“Por medio de la cual se estructura e implementa el estándar semántico y la codificación para dispositivos médicos de uso humano y reactivos de diagnóstico in vitro”</p> |
| <p>Resolución 1403 de 2007.</p> |
| <p>“Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones”</p> |
| <p>Resolución 2275 de 2023</p> |
| <p>“Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones”</p> |
| <p>Resolución 558 de 2024</p> |
| <p>Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación</p> |
| <p>Resolución 2284 de 2023</p> |
| <p>Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.</p> |
| <p>Resolución 627 de 2024</p> |
| <p>Por la cual se modifica la Resolución 2284 de 2023 respecto de su transitoriedad</p> |
| <p>Resolución 2335 de 2023</p> |
| <p>Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.</p> |
| <p>Resolución 636 de 2024</p> |
| <p>Por la cual se modifica la Resolución 2335 de 2023 respecto de su transitoriedad</p> |

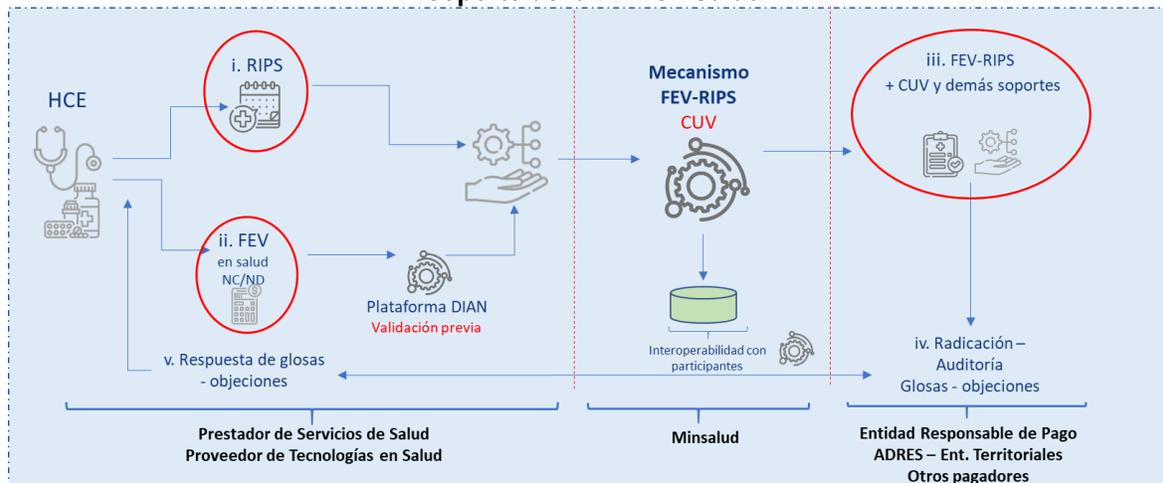
CAPÍTULO 2. MODELO FUNCIONAL

En el presente capítulo se presenta el modelo funcional desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social el cual pretende representar las diferentes actividades relacionadas con la FEV en Salud y el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS sea cual sea la estructura organizativa, administrativa, funcional o tecnológica de las entidades participantes del proceso. Por lo tanto, este modelo tiene en cuenta la situación operativa, tecnológica y normativa presente que permita la adopción por cualquier entidad.

El capítulo 2, por medio del cual se detalla el modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la factura electrónica de venta – FEV en salud, muestra actividades que a lo largo del capítulo se irán explicando según las relaciones operativas que ameriten la generación de RIPS como soporte de la factura electrónica de venta, la nota crédito, la nota débito o nota de ajuste que se realizan por calidad, en línea con los resultados de la evaluación realizada por la Entidad Responsable de Pago – ERP o los demás pagadores, una vez se realice la radicación de la factura con los RIPS y demás soportes, según lo establecido en las diferentes normas vigentes que aplican al proceso de auditoría de servicios y tecnologías de salud, según la cobertura o plan al que correspondan.

Para mejor entendimiento del modelo funcional y de los procesos relacionados, a continuación, se diagrama el modelo funcional general.

Ilustración 2 Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en Salud



Fuente: Elaboración propia, MinSalud, 2023

2.1. PARTICIPANTES

En el contexto de estos lineamientos y las normas que lo soportan, se denominan participantes las entidades que hacen parte del modelo funcional. Estos participantes surgen principalmente de lo dispuesto en el artículo 2, “Ámbito de aplicación”, de la Resolución 2275 de 2023.

Es obligación de las entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, administradoras de riesgos profesionales y demás agentes, de acuerdo con sus responsabilidades, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara. Igualmente, es deber de los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud, proveer la información necesaria para su proceso de atención en salud de manera veraz y oportuna.

2.1.1. FACTURADOR ELECTRÓNICO EN SALUD

Acogiendo lo definido en la Resolución 2275 de 2023, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud son facturadores electrónicos del sector salud.

En tal virtud, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago y demás pagadores, la factura electrónica de venta en salud con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS es soporte obligatorio para la radicación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.1.1. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – PSS

La Ley 100 de 1993 define las instituciones prestadoras de servicios de salud como entidades oficiales, mixtas, privadas o comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos prestadores de servicios de salud deben recoger y sistematizar la información de RIPS según lo determine el Ministerio y tendrán la obligación de proveer la información de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos.

Según el artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, se consideran como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y las entidades con objeto social diferente que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Ahora bien, se precisa que, no son facturadores electrónicos del sector salud las entidades con objeto social diferente, los establecimientos carcelarios y penitenciarios que presten servicios de salud

intramural y las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción establecidos el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Cuando estos últimos voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y en virtud de las Resolución 2275 de 2023, están obligados a la generación y entrega del RIPS como soporte de la factura.

Así mismo, les corresponde la entrega los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS sin factura, a los organismos que realicen pilotos o estudios de investigación asociados con actividades que involucren prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.

A continuación, se presenta una tabla con las diferentes situaciones de facturación, que permite identificar las obligaciones de un prestador de servicios de salud como facturador electrónico del sector salud:

Tabla 1. Casuística para determinar obligación de facturación electrónica en salud y RIPS como soporte por parte de prestadores de servicios de salud

| Facturador electrónico del sector salud tipo PSS | Uso de recursos SGSSS | Cumplimiento Resolución 1403 de 2007 | Cumplimiento Resolución 3100 de 2019 | Cumplimiento Decreto 441 de 2022 | USO DE FEV SALUD – RIPS |
|--|-----------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Prestador de Servicios de Salud -PSS, que contrata o realiza la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud directamente al paciente, con recursos del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en el Decreto 441 de 2022 (en lo que les aplique), la Resolución 1403 de 2007 (cuando aplique), la Resolución 3100 de 2019 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV en salud, soportándola con el RIPS en los términos de la Resolución 2275 de 2023. | Si | En dispensación o distribución a través de un servicio farmacéutico o un servicio de salud habilitado que lo permita según Res. 3100/19. | Si | Si | Si |
| Prestador de Servicios de Salud -PSS, que contrata o realiza la distribución de servicios y tecnologías de salud a otros PSS o a EPS-ERP, con recursos del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en el Decreto 441 de 2022 (en lo que les aplique), la Resolución 1403 de 2007 (cuando aplique), la Resolución 3100 de 2019 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV Comercial. | Si | | Si | Si | No (para este caso aplica FEV Comercial) |
| Prestador de Servicios de Salud -PSS, que contrata o realiza la prestación o provisión de servicios o tecnologías de salud directamente al paciente, con recursos distintos a los del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en la Resolución 1403 de 2007 (cuando aplique), Resolución 3100 de 2019 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV en salud, soportándola con el RIPS en los términos de la Resolución 2275 de 2023. | No | | Si | No | Si |

Vale precisar que, la obligación de adelantar el proceso de facturación electrónica atiende a lo establecido en el Decreto 358 de 2020 y las Resoluciones 042 de 2020, 012 de 2021, actualmente en periodo de transición a la Resolución 0165 de 2023, normas en las cuales se establecen dichas obligaciones, dentro de las cuales se exceptúan a los facturadores que realicen operaciones de venta inferiores a las 3.500 UVT en el año anterior o en el año en curso.

No obstante, los facturadores electrónicos del sector salud, en atención a las Resolución 2275 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya, deben adelantar su proceso de facturación ante las entidades responsables de pago y demás pagadores, definidos en las citadas normas, razón por la cual en los casos en los que cuales estos Profesionales Independientes habilitados como Prestadores de Servicios de Salud -PSS, tengan un relacionamiento contractual con una EPS, entidad adaptada, ARL, SOAT, INPEC, regímenes de excepción, planes voluntarios (medicina prepagada, pólizas y planes complementarios), como quiera que el pagador SI está obligado a recibir FEV en salud y RIPS soporte, por esta relación con el pagador esos prestadores deben generar FEV en salud y RIPS soporte de la misma, sin excepción.

De otra parte, aquellos PSS que no cumplan con el mínimo de 3.500 UVT anuales y simultáneamente no tengan ningún relacionamiento contractual con las ERP y demás pagadores del sector salud, podrán enviar los RIPS de las atenciones realizadas sin FEV en salud, para lo cual el mecanismo único de validación dispone del módulo correspondiente [2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURAS](#).

2.1.1.2. PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD – PTS

La Ley 1955 de 2019 en su artículo 243 adicionó en el artículo 155 de la Ley 100 para incluir como participantes del sistema a los Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos. A su vez, la Ley 1966 de 2019, en su artículo 2 párrafo 1º determinó que la participación de estas entidades abarca a las cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimiento de comercio cuando realicen la dispensación ambulatoria a los afiliados del SGSSS por encargo contractual de las EPS, IPS y otros actores del sistema.

El Decreto 441 del 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016, define los proveedores de tecnologías en salud como toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas competencias, las cuales dependiendo del alcance de sus actividades deberán cumplir con el proceso de facturación electrónica de venta en salud y RIPS como soporte.

Para efectos del reporte de RIPS como soporte de la factura electrónica de venta, los proveedores de tecnologías en salud deberán registrarse en www.sispro.gov.co para asignarles el código por medio del cual deberán reportar los RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud. Los detalles del registro de los proveedores de tecnologías en salud y la obtención del código que los identifica como participantes del sistema (se asigna un código para la sede principal y los que se requieran para las demás sedes, a solicitud del PTS y de acuerdo a las necesidades de su proceso de facturación electrónica), se encuentra dispuesto en los documentos “Guía autenticación Mecanismo validación RIPS-FEV cliente-servidor” y “Guía instalación validador FEV-RIPS plataforma cliente servidor”

Los proveedores de tecnologías en salud obligados a realizar la FEV en Salud y los RIPS soporte de la misma, para la ejecución de sus acuerdos de voluntades deberán hacer uso de los canales

transaccionales y los mecanismos de entrega y actualización de la información de que tratan los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016, que le permitan a las partes garantizar la interoperabilidad para el diligenciamiento y reporte de los RIPS, extrayendo datos del contratante o generando datos al mismo para el reporte y el cumplimiento de las condiciones establecidas en la Resolución 2275 de 2023.

Las entidades que en ejercicio de su actividad comercial realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, que corresponden a las ventas que se realizan entre la industria farmacéutica o de dispositivos médicos, productos de soporte nutricional (fabricantes o titulares de registros), los importadores o comercializadores de los mismos a nivel mayorista, en su relacionamiento con una entidad mayorista, minorista, Prestadores de Servicios de Salud o una Entidad Responsable de Pago o demás pagadores del sistema de salud, con el propósito de entregar una o varias referencias de tecnologías de salud (medicamentos, dispositivos médicos, productos de soporte nutricional), en un volumen cuyas cantidades de producto permiten suplir las necesidades del mismo para más de una persona (paciente), y en las cuales no se realiza la dispensación o administración de la tecnología de salud directamente al usuario (en la venta no se identifica el consumidor final - paciente), no están obligados a generar la FEV en Salud y el RIPS soporte, ya que estas ventas corresponden al canal institucional y para su facturación debe utilizarse la factura electrónica de venta comercial y no se generan RIPS.

Según lo expuesto anteriormente, estarán obligados a expedir factura electrónica de venta en salud y generar RIPS como soporte, aquellos proveedores de tecnologías en salud que dispensan o entregan directamente al usuario los medicamentos o dispositivos médicos. En consideración a lo dispuesto en el Decreto 441, Artículo 2.5.3.4.2.2 Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, párrafo⁴, las Entidades Responsables de Pago deberán garantizar la información necesaria para que los PTS puedan diligenciar los campos de datos del RIPS como soporte de la FEV en salud.

Las ventas que se realicen por parte de proveedores de tecnologías en salud a personas naturales (particulares), de medicamentos, dispositivos médicos o productos de soporte nutricional, entre otros, de venta libre o bajo prescripción médica, deben utilizar la factura electrónica de venta – FEV comercial, sin RIPS soporte.

A continuación, se presenta una tabla con las diferentes situaciones de facturación, que permite identificar las obligaciones de un proveedor de tecnologías en salud como facturador electrónico del sector salud:

Tabla 2. Casuística para determinar obligación de facturación electrónica en salud y RIPS como soporte por parte de proveedores de tecnologías de salud

| Facturador electrónico del sector salud tipo PTS | Uso de recursos SGSSS | Cumplimiento Resolución 1403 de 2007 | Cumplimiento Resolución 3100 de 2019 | Cumplimiento Decreto 441 de 2022 | USO DE FEV SALUD – RIPS |
|---|-----------------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Establecimiento farmacéutico mayorista, en calidad de PTS que contrata la distribución de servicios y tecnologías de salud con recursos del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en el Decreto 441 de 2022 (en lo que les aplique), la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta - FEV comercial (sin RIPS). | Si | En distribución en establecimiento farmacéutico mayorista | No | Si | No (aplica FEV Comercial) |

| Facturador electrónico del sector salud tipo PTS | Uso de recursos SGSSS | Cumplimiento Resolución 1403 de 2007 | Cumplimiento Resolución 3100 de 2019 | Cumplimiento Decreto 441 de 2022 | USO DE FEV SALUD – RIPS |
|---|-----------------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Establecimiento farmacéutico minorista, en calidad de PTS que contrata la distribución de servicios y tecnologías de salud a la EPS o ERP, con recursos del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en el Decreto 441 de 2022 (en lo que les aplique), la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV comercial (sin RIPS). | | En distribución en establecimiento farmacéutico minorista | No | Si | No (aplica FEV Comercial) |
| Establecimiento farmacéutico minorista, en calidad de PTS que contrata la dispensación de servicios y tecnologías de salud directamente al paciente, con recursos del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en el Decreto 441 de 2022 (en lo que les aplique), la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV en salud, soportándola con el RIPS en los términos de las Resolución 2275 de 2023. | | En dispensación en establecimiento farmacéutico minorista | No | Si | Si |
| Establecimiento farmacéutico mayorista, que contrata la distribución de servicios y tecnologías de salud con recursos distintos a los del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV comercial (sin RIPS). | | En distribución en establecimiento farmacéutico mayorista | No | No | No (aplica FEV Comercial) |
| Establecimiento farmacéutico minorista, que contrata la distribución de servicios y tecnologías de salud con recursos distintos a los del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV comercial (sin RIPS). | No | En distribución en establecimiento farmacéutico minorista | No | No | No (aplica FEV Comercial) |
| Establecimiento farmacéutico minorista, que contrata o realiza la dispensación de servicios y tecnologías de salud directamente al paciente, con recursos distintos a los del SGSSS: Debe cumplir con lo previsto en la Resolución 1403 de 2007 y para efectos de facturación, utilizar la factura electrónica de venta -FEV comercial (sin RIPS). | | En dispensación en establecimiento farmacéutico minorista | No | No | No (aplica FEV Comercial) |

2.1.2. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN

La Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia – DIAN, reglamentó la factura de venta, los documentos equivalentes y demás documentos asociados, indicando los requisitos del Estatuto Tributario que deben aplicarse para cada sistema de facturación, así como el sistema de facturación que deben adoptar los obligados a expedir factura de venta o documento equivalente.

Según el Estatuto Tributario, todas las personas o entidades que tengan la calidad de comerciantes, ejerzan profesionales liberales o presten servicios inherentes a estas o enajenen bienes producto de la actividad agrícola o ganadera, deberán expedir factura o documento equivalente por cada una de las operaciones que realicen, independientemente de su calidad de contribuyentes o no contribuyentes de los impuestos administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales. En ese orden de ideas, la factura de venta o documento equivalente se expedirá, en las operaciones que se realicen con comerciantes, importadores o prestadores de servicios o en las ventas a consumidores finales.

La factura electrónica de venta con validación previa a su expedición, en lo sucesivo factura electrónica de venta – FEV, hace parte de los sistemas de facturación que soportan operaciones de venta de bienes o prestación de servicios de conformidad con lo previsto en artículo 616-1 del Estatuto Tributario, que operativamente se genera a través de sistemas computacionales o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de los requisitos, características, condiciones, términos y mecanismos técnicos y tecnológicos que para el efecto establezca la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN y que ha sido validada por la citada entidad previamente a su expedición al adquirente.

Se determinó mediante la Resolución 042 de 2020 de la DIAN (norma derogada, en vigencia transitoria según la Resolución 000165 en sus artículos 23 y 68), y las normas que la modifiquen o sustituyen, que todas las facturas electrónicas para su reconocimiento tributario deberán ser validadas previo a su expedición, por la DIAN o por un proveedor autorizado por esta. La factura electrónica sólo se entenderá expedida cuando sea validada y entregada al adquirente y la responsabilidad de la entrega de la factura electrónica para su validación y entrega al adquirente una vez validada, corresponde al obligado a facturar.

Es importante mencionar que a través de la Resolución 042 de 2020 (norma derogada, en vigencia transitoria según la Resolución 000165 en sus artículos 23 y 68), la DIAN incluyó una extensión propia para el sector salud en el anexo técnico versión 1.7 de facturación electrónica y los tipos de operación que aplican a la factura electrónica de venta – FEV en salud. Esta Resolución fue modificada por la Resolución 012 de 2021 de la DIAN, en la cual se implementó el anexo técnico 1.8 anexo que sigue vigente hasta el 1 de mayo de 2024, fecha en que será sustituido por el anexo 1.9, adoptado por la Resolución 165 de 2023, modificada en su inicio de vigencia por la Resolución 008 de 2024, permitiendo la inclusión de campos de datos propios del sector salud adicionales a la generación de la factura electrónica de venta y la incorporación en la plataforma de validación previa de la DIAN de un método de cálculo que permite registrar los pagos moderadores recaudados por el facturador electrónico para restarlos del valor total de la factura.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta las directrices de la Resolución 0165 de 2023 y la modificación realizada por la resolución 000012 de 2021 emitidas por la DIAN, así como lo indicado en la Resolución 2275 de 2023 del Ministerio de Salud, el rol de la DIAN dentro del modelo funcional corresponde a la validación de la factura electrónica de venta y sus documentos electrónicos (nota crédito y nota débito) en cuanto a los requisitos establecidos en la normativa tributaria, y corresponde al Ministerio de Salud implementar los mecanismos de validación de los campos adicionales propios del sector salud, entre los cuales se encuentra la información de pagos moderadores.

Vale resaltar que la plataforma de validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN permite la transmisión de los campos de datos del sector salud contenidos en la Resolución 2275 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya, cuyo relacionamiento con el RIPS como soporte de la factura será validado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los facturadores electrónicos del sector salud deben adecuar sus sistemas de facturación al cumplimiento de la normatividad antes enunciada, establecida por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo correspondiente a la extensión salud, conforme lo cual, deberán garantizar que la solución

tecnológica de facturación electrónica habilitada que utilicen para generar y transmitir a validación las facturas a por la DIAN (solución propia o proveedor tecnológico), contemple los desarrollos necesarios para el diligenciamiento de los campos de datos del sector salud, adicionales a la generación de la FEV en salud y su relacionamiento con el RIPS como soporte de la misma. Así mismo, será responsabilidad de los facturadores electrónicos del sector salud, incorporar oportunamente a sus procesos de facturación y a la solución tecnológica que los soporta, las actualizaciones o modificaciones normativas y de anexos técnicos, que emitan la DIAN o este Ministerio en lo de su competencia.

A la fecha, la solución gratuita dispuesta por la DIAN para adelantar el proceso de facturación electrónica no cuenta con el desarrollo de la extensión salud reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante las Resolución 2275 de 2023.

2.1.3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MinSalud

Es el órgano rector del sistema de salud, encargado de dar las directrices y reglamentar el cumplimiento para la generación, validación y envío del RIPS, siendo junto con las entidades responsables de pago, el receptor de todos los RIPS entregados como soporte de la factura electrónica de venta – FEV en salud y demás documentos electrónicos asociados a la misma.

Por medio de la Resolución 2275 de 2023, este Ministerio estableció los datos necesarios para el reporte de la prestación de servicios y tecnologías en salud, incluyendo las reglas que debe seguirse en su estructura, contenido y relación, para generar un estándar de datos que garantice la calidad de la información y permitan la integración de los sistemas de información del sector salud y su interoperabilidad.

A su vez, en estas resoluciones se modifica el flujo de los datos los cuales serán reportados directamente desde el facturador electrónico al mecanismo único de validación del Ministerio y a la entidad responsable de pago una vez se aprueba la validación, para su radicación y trámite de reconocimiento de pago. Con este nuevo escenario el RIPS como soporte de la FEV en salud además de integrar la información y permitir la oportunidad de su entrega, establece un estándar de validación para todos los participantes del sistema sin que sea posible limitar la radicación de este conjunto de información y los demás soportes de ley, agilizando el trámite de pago de la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social y en general el sistema de salud contará con la información necesaria tanto para cuidar los riesgos en salud de los colombianos, como para garantizar la eficiencia técnica y financiera del Sistema General de Seguridad Social, porque como Ministerio, los datos son necesarios para cumplir con la misión institucional, formulando políticas públicas y articulando los agentes de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios y tecnologías de salud y la sostenibilidad del sistema.

Así mismo, el RIPS se configura en una fuente de datos invaluable para PSS, PTS, ERP y demás pagadores, ya que en conjunto con la factura, dispondrán información oportuna y estandarizada que permite, entre otras, el seguimiento de los procesos de atención en salud de la población, la gestión

de la ejecución de los acuerdos de voluntades, la generación de procesos eficientes para el trámite de glosas y en definitiva la oportunidad y transparencia del flujo de recursos, además de abrir escenarios de análisis de información que permitan migrar a modalidades de contratación y pago que garanticen la integralidad de la atención en salud, el logro del acceso a los servicios y el diseño de estrategias de ampliación de la cobertura, las redes integradas e integrales de prestadores de servicios de salud, maximización de los recursos sectoriales en beneficios de las condiciones de salud de la población.

Para garantizar ese propósito, el Ministerio cuenta con el mecanismo único de validación en el cual se involucran participantes, funciones y soluciones digitales. Este mecanismo, que fue adoptado por la Resolución 2275 de 2023, está compuesto por funcionalidades que permiten la articulación de los archivos correspondientes a la Factura Electrónica de Venta en formato XML y el archivo RIPS en formato JSON para su adecuada validación y transmisión de información al Ministerio. El objetivo principal del mecanismo de validación es certificar la estructura, contenido y relación de los datos, además de ser la plataforma a través de la cual se realiza la transferencia y envío de RIPS al Ministerio de Salud y Protección Social.

Este mecanismo, incluye un sistema de información para la validación y recepción de datos, el cual cuenta con dos opciones, una, tipo cliente-servidor y la otra, tipo API contenida en Dockers, las cuales se detallarán más adelante. Ambas opciones cumplen el mismo propósito.

En la página institucional de facturación electrónica en salud y RIPS como soporte de la misma, se aloja toda la información relacionada con este proceso, incluyendo la normatividad vigente, la documentación técnica (lineamientos del RIPS, manuales y guías), especificaciones técnicas, videos tutoriales, respuestas a preguntas frecuentes, entre otros. Para acceder al portal puede ingresar a través del siguiente enlace electrónico: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>

2.1.4. ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO

El Decreto 441 de 2022 incorporado en el Decreto 780 de 2016 define a las Entidades Responsables de Pago – ERP como las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. También se consideran como ERP las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas.

Según la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las responsables de la afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de su cotización, así como de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación de servicios y tecnologías de salud a sus afiliados. Así mismo, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14, establece que las entidades promotoras de salud deben cumplir con funciones de aseguramiento en salud, administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores.

En el marco del proceso de facturación electrónica, existen otros pagadores que están obligados a recibir FEV en salud como soporte de la prestación de servicios de salud, dentro de los cuales se encuentran las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para ofrecer planes voluntarios en salud (entidades de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de salud), las compañías autorizadas para ofrecer el seguro obligatorio de accidentes de tránsito – SOAT, los regímenes especiales o de excepción, y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, entidades que en atención a las coberturas de salud a su cargo, asumen la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud a través de la red PSS y PTS disponible.

Estos pagadores deben actualizar sus sistemas de información para permitir la recepción y trámite de los archivos: factura electrónica de venta en formato XML y los RIPS en formato JSON validados en las estructuras definidas por este Ministerio, procediendo a la radicación inmediata de la factura, el RIPS y los demás soportes de ley, dando inicio al proceso de auditoría, reconocimiento y pago de los servicios.

Entonces, una vez surtida la radicación, las entidades responsables de pagos y demás pagadores adelantarán la auditoría del conjunto de información en los términos previstos en la normatividad vigente.

Para el caso de las entidades responsables de pago (EPS, entidades adaptadas, ARL y entidades territoriales) y en los acuerdos de voluntades celebrados por las entidades que administran u operan los Regímenes Especial y de Excepción o por el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, deberá darse aplicación en lo dispuesto en Decreto 780 de 2016, Artículo 2.5.3.4.3.3 Auditoría de cuentas médicas, y en específico con base en los soportes definidos en el artículo 2.5.3.4.4. 1. del presente decreto, con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestaciones de Salud.

En este punto vale mencionar que, acogiendo lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, existe la prohibición de efectuar prácticas tendientes a impedir la recepción de facturas o a establecer fechas de cierre o ventanas de radicación que constituyan barreras, ni pretextos para negarse a recibir o impedir la radicación o presentación de las facturas de venta con sus soportes o pactar condiciones en contrario a lo normado.

Para el caso de las aseguradoras del ramo SOAT, en el manejo de las reclamaciones y las objeciones a las mismas, deberá considerarse lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, Artículos 2.6.1.4.2.2 Legitimación para reclamar, 2.6.1.4.2.3 Cobertura, 2.6.1.4.2.4 Tarifas, 2.6.1.4.2.5 Término para presentar las reclamaciones, 2.6.1.4.2.15 Gastos de transporte, 2.6.1.4.2.17 Responsable del pago, 2.6.1.4.2.18 Término para presentar la reclamación, 2.6.1.4.2.20 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, así mismo las Resoluciones 3823 de 2016 y 311 de 2020 y la Nota Externa 201733200110423 de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los planes voluntarios de salud, se surtirá lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, particularmente en los artículos Artículo 2.2.4.1.5 Procedimiento, literal d, y 2.2.4.1.30 Auditoría médica y control de gastos, de acuerdo al tipo de entidad que corresponda.

Para el caso de la ADRES en el manejo de las reclamaciones por gastos médicos derivados por evento terroristas, de origen natural, o accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no se encuentre identificado, no esté asegurado con póliza SOAT, o estén asegurados a la tarifa diferencial por riesgo, deberá considerarse lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, Artículos 2.6.1.4.2.2 Legitimación para reclamar, 2.6.1.4.2.3 Cobertura, 2.6.1.4.2.4 Tarifas, 2.6.1.4.2.5 Término para presentar las reclamaciones, 2.6.1.4.2.15 Gastos de transporte, 2.6.1.4.2.17 Responsable del pago, 2.6.1.4.2.18 Término para presentar la reclamación, 2.6.1.4.2.20 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, así mismo las Resoluciones 1236 de 2023, 326 de 2023, 2225 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 12758 de 2023, 1379 de 2024 y la Circular 022 de 2023 de Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES."

Para el trámite de devoluciones, glosas y respuestas en lo correspondiente al ámbito de aplicación de aplicación del Decreto 441 de 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016 las entidades responsables de pago cuentan con el manual contenido en la Resolución 3047 de 2008 aplicable a los servicios que se realicen hasta el 30 de septiembre de 2024 y para los servicios realizados en adelante, lo dispuesto en la Resolución 2284 de 2023, o en la norma que la modifique o sustituya. La entidad responsable de pago adelantará las acciones tendientes a determinar el valor a pagar en los términos definidos en la normatividad vigente.

2.2. PROCESOS

En este aparte, para entendimiento del modelo funcional, se aborda el detalle de:

- i) Los procesos que deben ser realizados por los PSS o PTS para la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud,
- ii) Los procesos que le corresponden a las ERP y demás pagadores, en cuanto a la radicación y trámite de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías objeto de facturación, y
- iii) Los procesos interpartes que se surten dentro de la generación de devoluciones (rechazos), glosas (objeciones) y respuestas, tendientes a conciliar los valores facturados hasta llegar al pago de estos.

Se plantea entonces la existencia de un proceso de atención en salud, que surge de un relacionamiento contractual previo o de atenciones sin contrato, al interior del cual los PSS y PTS de una parte, y las ERP y demás pagadores, de otra, disponen de un conjunto de elementos cuyas características y condiciones varían en función de los regímenes, fuentes de financiación, y la normatividad vigente que a cada uno les aplique.

A pesar de existir estas particularidades, con el advenimiento de la FEV en salud y el RIPS como soporte de la misma, se configura un proceso común donde todos los PSS públicos y privados, los PTS y los pagadores sin distinción alguna, están obligados a dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 2275 de 2023, las cuales tienen arraigo entre otras normas, en la Ley 1966 de 2019, artículo 15, y la normatividad que sobre el proceso de facturación electrónica con validación previa ha expedido el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Unidad Administrativa Especial Dirección de

Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, especialmente en el Decreto 358 de 2020 y la Resolución 000165 de 2023 por medio de las cuales se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, entre otros temas, estando obligados todos los sectores económicos, incluido el sector salud, a dar cumplimiento al proceso de facturación electrónica instituido por la DIAN a nivel nacional.

Como antecedente, vale mencionar la Resolución 094 de 2020 de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, en la cual se establece que las entidades del Estado del orden nacional y territorial tenían como fecha máxima para iniciar la expedición obligatoria de la factura electrónica de venta el primero (1) de diciembre de 2020, disposición que cubre a todos los Prestadores de Servicios de Salud –PSS, abarcando a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo a las Empresas Sociales del Estado –ESE, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, quienes desde entonces, deben aplicar las normas vigentes del proceso de facturación electrónica establecido por la DIAN.

En consonancia, la Resolución 2275 de 2023 de este Ministerio junto con sus anexos técnicos, aplica a todos los facturadores electrónicos del sector salud según lo señalado en el párrafo del artículo 2 de la misma, dentro de los cuales se encuentran los Prestadores de Servicios de Salud, categoría que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 2.5.1.1.3, numeral 6 del Decreto 780 de 2016, incluye a las Empresas Sociales del Estado en su calidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS.

La Resolución 2275 de 2023 entra en vigencia el 1 de abril de 2024, modificada por la Resolución 558 de 2024 que establece la entrada en vigencia el 1 de octubre de 2024 y junto con toda las normas y documentos puede ser consultada en el micrositio de Factura Electrónica de Venta y RIPS del Ministerio a través del siguiente enlace electrónico: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.

De otra parte, vale mencionar que en la Resolución 2275 de 2023 se integra el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, como fuente de información y soporte de la factura y se establece el proceso de radicación de la misma en los artículos 13 y 14, *ibidem*, momento a partir del cual el pagador debe adelantar el proceso de reconocimiento y pago de la factura, la generación de devoluciones y glosas y la elaboración de las notas crédito o débito correspondientes, modificaciones para las cuales los PSS deben adecuar sus sistemas de información en cumplimiento del proceso de facturación electrónica con validación previa de la DIAN y la citada Resolución 2275 de 2023, avance que permitirá a los Prestadores de Servicios de Salud – PSS y a las Entidades Responsables de Pago – ERP, mejorar el relacionamiento contractual y el flujo de recursos, en aras de garantizar oportunamente los ingresos necesarios para su funcionamiento.

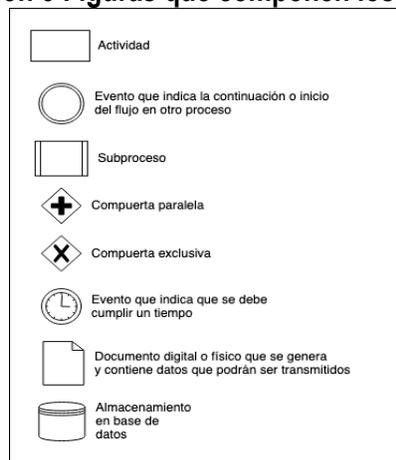
En desarrollo de las normas antes mencionadas y de los procesos que en consecuencia se deben surtir al interior del facturador electrónico de venta del sector salud y de las diversas situaciones del relacionamiento contractual entre los participantes del sistema, o de la realización de servicios de salud sin intención de cobro, en la generación de documentos electrónicos de facturación y del RIPS, se observan al menos las siguientes posibilidades:

1. Factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.
2. Nota crédito total de la factura electrónica de venta en salud.
3. Nota crédito parcial de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.

4. Nota débito de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.
5. Nota ajuste de RIPS.
6. RIPS sin factura.
7. Nota crédito sin RIPS.
8. Factura cápita y RIPS soporte.

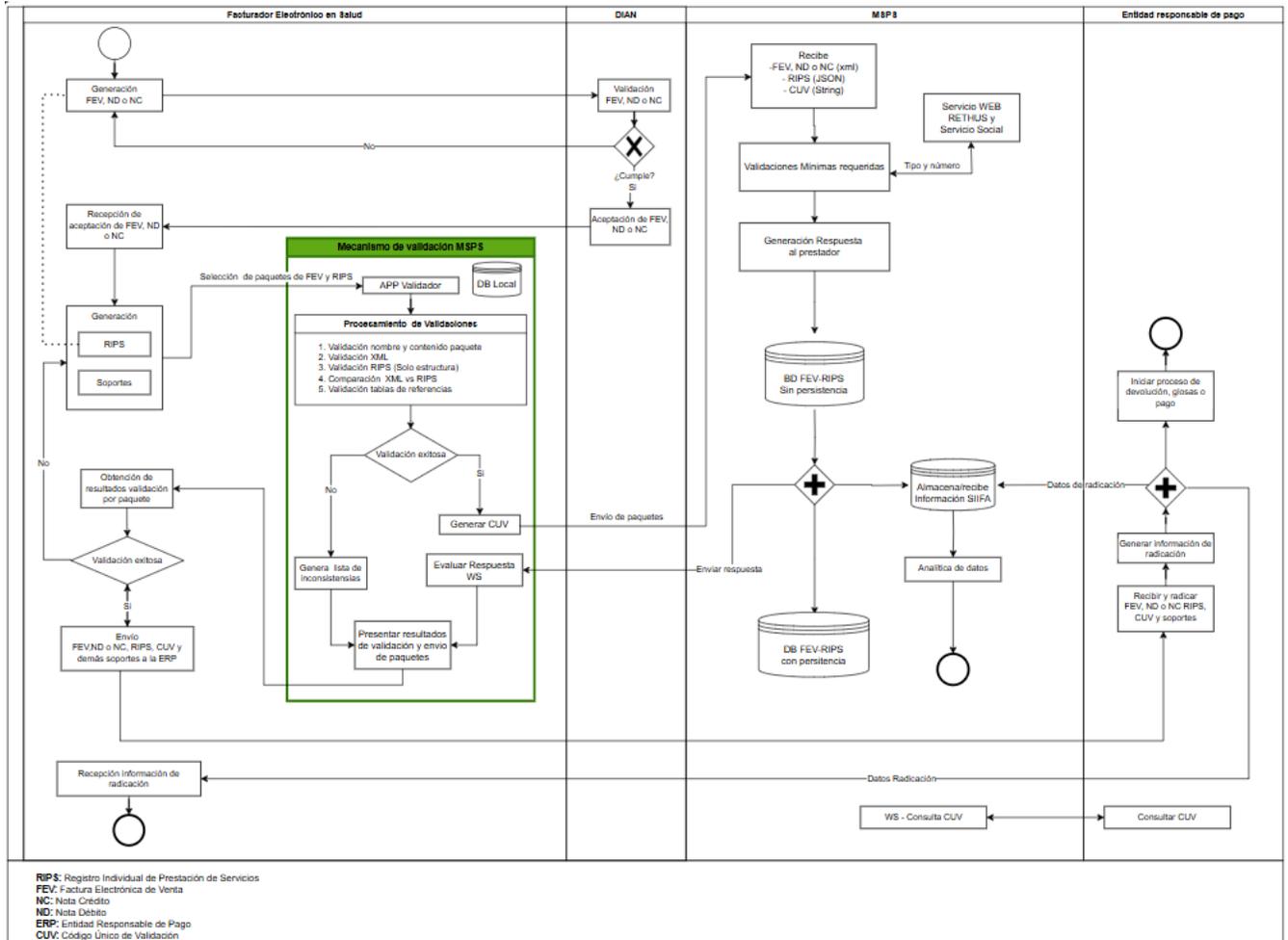
El mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud dispuesto por este Ministerio, se encuentra desarrollado para validar esta gama de situaciones, permitiendo a los participantes del sistema el reporte integral de la información de sus procesos a cargo. El detalle sobre la generación de archivos en formatos XML y JSON según corresponda, para cada una de las situaciones antes descritas será dispuesto en el [CAPÍTULO 3. GENERACIÓN DE LOS DATOS](#), mencionando la organización de los campos de datos aplicables a cada situación y en el [CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN DE LOS DATOS](#), los módulos que permite la transmisión y validación de estos datos.

Ilustración 3 Figuras que componen los procesos



Fuente: Elaboración propia, Minsalud, 2023

Ilustración 4 Proceso general de generación y flujo de información entre participantes



Fuente: Elaboración propia, Minsalud, 2023

A continuación, se describe el proceso general de generación y flujo de información entre participantes del RIPS como soporte de la FEV en salud (grafica 4), en el cual participan los siguientes actores:

1. Los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS)
2. La DIAN
3. El Ministerio de Salud y Protección Social
4. Las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores

Inicialmente, los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS) y las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores, cuando corresponda, suscribirán los acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, al interior de los cuales se deben definir, entre otros aspectos, la información necesaria para la ejecución del contrato, la población objetivo, la modalidad de pago, la cobertura en salud a la que pertenece el contrato, el detalle de los servicios y tecnologías que serán realizadas, los valores a reconocerse, el manejo del recaudo de pagos

moderadores y las condiciones particulares relacionadas con el proceso de facturación, el cual deberá permitirse sin limitaciones (ventanas de radicación) y dando cumplimiento de lo establecido en el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 3 de la Ley 2024 de 2020 para el SGSSS, o según el Código de Comercio, el Decreto 780 de 2016, la Resolución 3047 de 2008 para los servicios realizados hasta el 30 de septiembre de 2024 y en adelante, lo dispuesto en las Resoluciones 2284 y 2335 de 2023 y las Resoluciones 3823 de 2016 y 311 de 2020 para el ámbito SOAT y demás pagadores, en lo que les aplique.

Los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS) como responsables de la generación de la FEV en salud, notas crédito y notas débito, transmiten a la DIAN los documentos electrónicos para su validación previa, que en caso de ser exitosa permite la entrega del ApplicationResponse (El ApplicationResponse es un documento electrónico de propósito general, cuya funcionalidad es la notificación de la validación realizada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN de la factura electrónica de venta, las notas débito, notas crédito y demás, documentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta y de los demás sistemas de facturación) con la aprobación del documento electrónico validado. En caso de no ser exitosa esta validación, se entregará el ApplicationResponse con el rechazo del documento validado.

El RIPS como soporte de la FEV en salud, debe generarse simultáneamente dada la necesidad de conciliar los valores objeto de facturación, los pagos moderadores recaudados y los servicios y tecnologías de salud realizados a la población objetivo en cumplimiento del contrato. Los valores registrados en el RIPS serán objeto de validación frente a los valores incluidos en la FEV en salud, activando el método de cálculo ante la plataforma de facturación electrónica de la DIAN en los casos en los que se utilicen operaciones de acreditación a la FEV en salud, según se detalla en 4.7. TIPOS DE OPERACIÓN.

Con la validación previa de la DIAN, la FEV en salud o sus documentos electrónicos de nota crédito o nota débito deben transmitirse junto con el archivo de RIPS en formato JSON que la soporta ante la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, constituyéndose como un conjunto de información relacionado por los campos de datos comunes que hacen las veces de una “llave” irrepetible que permite la trazabilidad de su trámite.

Entonces, a la plataforma del mecanismo único de validación debe transmitirse el conjunto de archivos de información señalado, que corresponden a:

- Archivo XML de la factura electrónica de venta en salud, las notas débito o notas crédito validadas previamente por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales — DIAN dentro del contenedor electrónico.
- Archivo JSON del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS que soporta la FEV en salud o sus documentos nota débito o nota crédito; así como los archivos JSON relacionados con notas de ajuste de los RIPS, cuando corresponda.

Nótese que ni a la plataforma de facturación electrónica de la DIAN, ni a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, deben enviarse los demás soportes de ley (epicrisis o resumen de atención, resultados de ayudas diagnósticas, soportes de traslado de pacientes, etc.).

La plataforma del mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud dispone de 2 soluciones tecnológicas que cumplen una misma función de validación (cliente-servidor y API Docker). Estas soluciones se disponen en un ambiente web al que los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS) acceden previa instalación, registro y autenticación de la plataforma. Una vez se inicia el consumo de servicios web, la plataforma despliega unas validaciones locales que corresponden a las relacionadas con las tablas de referencia dispuestas para el cumplimiento del diligenciamiento del RIPS, en su estructura, contenido y relación.

Una vez adelantada esta primera validación, de manera inmediata la plataforma realiza un segundo momento de validación frente a tablas propias del Ministerio que no se disponen localmente, tales como BDU, RETHUS, MIPRES, entre otras, así como la validación de la no existencia de duplicados. Los dos momentos de validación descritos son imperceptibles cuando el resultado de la validación es exitoso y se genera el CUV. En caso de existir alguna inconsistencia, el proceso de validación se detiene para notificar inmediatamente al facturador la imposibilidad de continuar.

El CUV se construye a partir de un algoritmo aplicado al conjunto de información (RIPS en formato JSON y factura electrónica de venta en salud en formato XML) como una cadena alfanumérica cifrada, que se genera directamente desde la plataforma del mecanismo único de validación cuando se consumen estos servicios web y se aprueban las reglas y relaciones previstas en la normatividad vigente, disponiéndose como un archivo en txt, adicional al conjunto de información transmitido.

Para verificar la autenticidad del CUV, la plataforma del mecanismo único de validación dispondrá a las ERP y demás pagadores de un servicio web a través del cual se permitirá entregar a la plataforma del Ministerio la información correspondiente al CUV que se desea verificar (incluir el enlace a este detalle). La plataforma devuelve un mensaje que señala si este conjunto de información es "aprobado" o "rechazado" según el resultado obtenido.

Con la obtención del CUV, el facturador electrónico del sector salud puede adelantar el proceso de radicación de la FEV en salud, el RIPS y los demás soportes de ley, ante la ERP o los demás pagadores. En este punto del proceso, las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores deben radicar el conjunto de información recibida (RIPS en formato JSON, el CUV y la FEV en salud en formato XML); junto con los demás soportes de ley según lo definido en la Resolución 3047 de 2008 para las atenciones realizadas hasta el 30 de septiembre de 2024, y en adelante lo definido en las Resoluciones 2284 y 2335 de 2023, o las que las modifiquen o sustituyan, emitiendo un número de radicación que es informado al facturador electrónico del sector salud y al Ministerio, en este último caso, dicho envío procederá a partir de la implementación del SIIFA A partir de este momento, la entidad responsable de pago o los demás pagadores, adelantarán el proceso de auditoría de acuerdo con la normatividad que les corresponda, producto del cual deberán informar las devoluciones y glosas

Para el SGSSS, el trámite de devoluciones, glosas y respuestas debe darse en los términos del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 con base en la codificación del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas de la Resolución 3047 de 2008 para las atenciones realizadas hasta el 30 de septiembre de 2024, y en adelante lo definido en las Resoluciones 2284 y 2335 de 2023, o las que las modifiquen o sustituyan.

Los facturadores electrónicos del sector salud darán respuesta a dichas glosas y devoluciones, y de ser procedente, se generará una nota crédito o débito, según sea el caso, que afecta la FEV en salud inicialmente presentada. Dicha nota crédito o débito debe ser validada por la plataforma de la DIAN y será soportada por el RIPS correspondiente, si llegase a aplicar, debiendo surtirse la validación de este conjunto de información (nota crédito o débito en formato XML y RIPS como soporte en formato JSON, si llegase a aplicar) ante el mecanismo único de validación para la obtención del CUV que permite su radicación ante el pagador.

En el caso que sea necesario ajustar la información de los RIPS, se sugiere consultar la matriz que se anexa <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/tabla-relacionamiento-glosas-vs-campo-rips-31-mayo-2024.zip> al presente lineamiento, la cual tiene como fin orientar al prestador en la corrección de los campos aplicables según cada glosa formulada, al tiempo que orienta al asegurador en el proceso de auditoría de la cuenta en salud, que al final redundará en la facilidad del proceso de auditoría por las partes y el flujo de recursos en el sector.

Finalmente, vale señalar que son los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS), en cumplimiento de sus acuerdos de voluntades y de la normatividad vigente, los responsables de la autenticidad y no adulteración del conjunto de información certificado por el mecanismo único de validación del Ministerio mediante el Código Único de Validación -CUV. Todos los participantes del sistema deben garantizar la seguridad en la transmisión de información de FEV-RIPS. Cuando exista una controversia entre el facturador electrónico del sector salud (PSS o PTS) y la entidad responsable de pago, producto de la diferencia entre los archivos (XML, JSON) y/o el CUV entregado por el mecanismo de validación FEV-RIPS, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los archivos producto de la validación para consulta de los actores en discrepancia. El servicio de consulta de esta información será comunicado previamente a la puesta en operación del proceso de recepción y validación de archivos FEV-RIPS en la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio.

2.2.1. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA FEV EN SALUD Y DEMÁS SOPORTES

Los Prestadores de Servicios de Salud – PSS y Proveedores de Tecnologías en Salud – PTS, deben adelantar la integración de sus procesos administrativos y asistenciales relacionados con la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, iniciando con el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, y las acciones adelantadas dentro del proceso de atención en salud realizado por el talento humano a cargo, en cumplimiento de lo previsto en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Ley 2015 de 2020 y la Resolución 866 de 2021.

La base de datos georreferenciada, la historia clínica, sus documentos y expedientes, se constituyen en la fuente primaria del dato para la generación del RIPS y de la FEV en Salud, estando los PSS obligados a garantizar la fiabilidad y consistencia de la información que, con base en la historia clínica, sea utilizada dentro del proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en Salud.

Además de la historia clínica, deben utilizarse los registros asistenciales disponibles como son los registros de intervenciones colectivas, susceptibles de ser reportadas en el RIPS (vacunación, consultas, etc.), el servicio de información de medicamentos y el registro de dispositivos médicos e insumos.

Como quiera que los proveedores de tecnologías en salud – PTS no son responsables del diligenciamiento de la historia clínica, es deber de las entidades responsable del pago y demás pagadores, el garantizar la información necesaria para que los PTS adelanten la generación del RIPS como soporte de la FEV en Salud, en la ejecución del acuerdo de voluntades suscrito.

Vale resaltar que, la información relacionada con la identificación de los usuarios y el detalle administrativo y asistencial de los servicios y tecnologías de salud se encuentra contenida en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, debiendo guardar relación con la FEV en Salud, este conjunto de información será entregados con los demás soportes de ley, según corresponda, para la radicación y el inicio del trámite de pago de la FEV en Salud.

A su vez, en cumplimiento de las condiciones de habilitación de los PSS, estos deben contar con procesos administrativos, financieros y contables asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, guardando consistencia frente a la información generada objeto de reporte.

En este propósito, se dispone del [Gráfico 2. Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en Salud](#) que diagrama los pasos que deben surtirse por parte de los PSS y los PTS, en lo que a cada entidad le corresponde, para la generación del RIPS y la FEV en Salud.

Esto supone, la adecuación de estos sistemas de información al escenario normativo del RIPS como soporte de la FEV en salud, independientemente del tamaño o las condiciones particulares de cada facturador electrónico del sector salud.

En el marco normativo del RIPS como soporte de la FEV en Salud, se tiene como premisa que este conjunto de información constituido por i) el archivo XML de la factura electrónica de venta en salud

validado por la DIAN, ii) el archivo JSON del RIPS validado por el Ministerio, y iii) los demás soportes definidos por la normatividad vigente, es un conjunto de información indivisible, que tiene como principal propósito el reporte de la información administrativa, financiera y asistencial necesaria para el seguimiento de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud en Colombia, permitiendo además el reconocimiento y pago de las atenciones brindadas. Bajo esta premisa, los facturadores electrónicos del sector salud y sus pagadores, deberán tramitar individualmente cada FEV en salud, el RIPS y los demás soportes, conforme lo cual, las diferentes situaciones que afecten este conjunto de información deberán tramitarse y resolverse teniendo como eje central la FEV en Salud, sin que sea posible conformar grupos de facturas. Las notas crédito – NC o notas débito – ND que se realicen, podrán versar sobre una sola FEV en Salud.

2.2.1.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MULTIUSUARIO

Este tipo de factura permite registrar a múltiples usuarios cuyo detalle de información es posible diligenciar en la estructura determinada en el JSON, donde se individualiza cada usuario y sus atenciones mediante el consecutivo asignado jerárquicamente para el usuario y cada servicio. La FEV en salud, no tiene límite de usuarios a registrar en cada factura. Este tipo de factura puede utilizarse en la facturación de modalidades de pago agrupadas (capitación, PGP, etc.) o en modalidades de pago por evento o paquete, en la medida en que el facturador electrónico del sector salud requiera agrupar usuarios atendidos.

2.2.1.2. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MONOUSUARIO

Este tipo de factura permite realizar el cobro de la atención de una sola persona, estas facturas se utilizan para modalidades de pago por evento o paquete, particularmente en los casos de atenciones hospitalarias, ambulatorias o con internación.

La FEV en salud, multiusuario o monousuario, permite registrar una fecha de inicio y fecha de fin del periodo de facturación, la cual debe diligenciarse de acuerdo con las necesidades del facturador electrónico y a la modalidad de pago utilizada, permitiéndose facturar periodos, diarios, semanales o mensuales. La FEV en salud, atendiendo la obligación de la DIAN de adelantar el proceso de facturación una vez realizada la entrega del bien o servicio, debe entenderse conceptualmente en su extensión al sector salud para aplicarse de acuerdo con el proceso de atención de los pacientes y la demanda de los servicios de salud contratados y realizados en un periodo de facturación determinado.

Los detalles de la transmisión de estos archivos al mecanismo único de validación se encuentran en los capítulos [4.1.1.1 MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA](#) y [4.1.2.1 MÉTODO CARGARFEVRIPS](#). Ver gráficos 2 y 4

2.2.2. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA CRÉDITO

Sobre el particular se establecen las siguientes reglas generales:

1. **Validación general:** En lo que corresponda, los RIPS soporte de NC deben cumplir las mismas reglas de validación previstas para la validación de los RIPS con los cuales se radicó la FEV en salud.
2. **Revisión de valores glosados:** La sumatoria de los valores contenidos en el RIPS soporte de las notas crédito, deben coincidir con los valores registrados en campo valor de la NC (XML).
3. **Reporte del registro completo afectado:** Ante la necesidad de realizar una nota crédito, nota débito o nota de ajuste, el facturador electrónico del sector salud debe generar el RIPS correspondiente en la estructura prevista en la Resolución 2275 de 2023, informando todos los campos de datos relativos a la transacción, el usuario y los servicios objeto de ajuste, usando el consecutivo respectivo y conservando la estructura jerárquica del objeto según el nivel de detalle que signifique el ajuste.

```

[
  {
    "numDocumentoIdObligado": "530520110",
    "numFactura": "BAX16975552",
    "numNota": "NCPMS1",
    "tipoNota": "NC",
    "usuarios": [
      {
        "codMunicipioResidencia": "11001",
        "codPaisOrigen": "170",
        "codPaisResidencia": "170",
        "codSexo": "F",
        "codZonaTerritorialResidencia": "02",
        "consecutivo": 1,
        "fechaNacimiento": "1983-06-21",
        "incapacidad": "SI",
        "numDocumentoIdentificacion": "8498898958",
        "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
        "tipoUsuario": "02",
        "servicios": [
          {
            "consultas": [
              {
                "causaMotivoAtencion": "38",
                "codConsulta": "890702",
                "codDiagnosticoPrincipal": "S904",
                "codDiagnosticoRelacionado1": "S903",
                "codDiagnosticoRelacionado2": null,
                "codDiagnosticoRelacionado3": null,
                "codPrestador": "192030405001",
                "codServicio": 328,
                "consecutivo": 1,
                "fechaInicioAtencion": "2022-06-22 00:00",
                "finalidadTecnologiaSalud": "25",
                "grupoServicios": "01",
                "modalidadGrupoServicioTecSal": "01",
                "numAutorizacion": "",
                "numDocumentoIdentificacion": "98612580545",
                "numFEVPagoModerador": "",
                "tipoDiagnosticoPrincipal": "02",
                "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
                "tipoPagoModerador": "04",
                "valorPagoModerador": 0,
                "vrServicio": 65700
              }
            ]
          }
        ]
      }
    ]
  }
]

```

4. **No afectación de valores de pagos moderadores:** Las NC/ND en ningún caso incluirán valores de pagos moderadores, cuya resta al valor total de la FEV en salud soportada en el RIPS correspondiente, se constituye en la legalización de estos para las partes.

Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud NO incluidos en la FEV inicial para los cuales el facturador electrónico opta por presentar una nueva FEV en salud ([2.2.3 GENERACIÓN DE RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA DÉBITO](#), numerales 1 y 3), cuando existan estos recaudos, se deberán incluir en la nueva factura los correspondientes valores de pagos compartidos.

2.2.2.1. ANULACIÓN DE FACTURAS.

Para la anulación de una FEV en salud, se procede según las siguientes situaciones:

1. **FEV en salud NO Expedida:** Cuando la FEV en salud ha sido generada pero NO ha surtido el proceso de validación previa ante la DIAN, ni su expedición al pagador, el facturador electrónico anulará esta factura internamente sin generar documentación y soportes al pagador. No requiere de notificación o envío de archivos al Ministerio.
2. **FEV expedida, NO radicada:** Cuando la FEV en salud ha sido generada, surtido validación previa ante la DIAN y expedida al pagador, pero NO ha sido radicada junto con sus RIPS y demás soportes, y han transcurrido más de 22 días hábiles, desde su expedición, debe generarse una nota crédito (NC) al 100% del valor facturado. Esta NC debe ser igualmente transmitida y validada ante la DIAN y expedida al pagador, informándole de la generación de la NC. No requiere de notificación o envío de archivos al Ministerio.

2.2.2.2. AFECTACIÓN DE FACTURAS

Para la afectación de una FEV en salud, se procede según la siguiente situación:

1. **Afectación con nota crédito al 100% - FEV expedida y radicada:** Cuando la FEV en salud con validación previa de la DIAN ha sido expedida y radicada ante el pagador junto con sus RIPS y demás soportes, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición, pero es devuelta por parte del pagador y no se requiere continuar con su trámite por cuanto la devolución es aceptada por el facturador electrónico, debe afectarse con una nota crédito (NC) al 100% del valor facturado. Esta NC debe ser igualmente validada ante la DIAN, expedida al pagador y enviada al Ministerio, sin que sea necesario reenviar el RIPS de la FEV afectada, ni demás soportes. En el mismo momento en que el facturador electrónico expide la NC al 100%, el pagador deberá generar y enviar el número de radicación de la misma al facturador electrónico y al Ministerio. El mecanismo de validación de RIPS permitirá la recepción y validación de la NC al 100%, sin RIPS. Con el número de radicación de la NC al 100%, los

RIPS de la FEV afectada con esta Nota Crédito serán “marcados” como “FEV afectada con Nota crédito al 100%”.

Cuando la FEV en salud es devuelta por el pagador, pero la causal de devolución es subsanada por el facturador electrónico, mediante la respectiva respuesta a la devolución, la factura continúa el trámite de glosas, según la norma aplicable. Una vez las partes concilian dichas glosas y establecen el valor a pagar, se sigue el manejo definido en el literal E 2, según corresponda.

Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales [4.1.1.2 MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL](#) y [4.1.2.2 MÉTODO CARGARNCREDITOTAL](#)

- 2. Afectación con nota crédito parcial – FEV expedida y radicada:** Cuando la FEV en salud con validación previa de la DIAN ha sido expedida y radicada ante el pagador junto con sus RIPS y demás soportes, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición, pero es objeto de glosas, para continuar con su trámite el facturador electrónico debe proceder con el trámite de las mismas y de ser aceptadas, debe afectarse la factura con una nota crédito parcial. En este proceso los campos del RIPS de soporte de la NC parcial deben corresponder únicamente a los registros de los servicios cuya glosa es aceptada. Esta NC parcial igualmente debe ser validada ante la DIAN para ser expedida y enviada al Ministerio a través del mecanismo único de validación junto con los RIPS soporte de esta para la generación del código único de validación –CUV. Tras obtener el CUV, el facturador electrónico enviará la NC y el RIPS soporte a la entidad responsable de pago, que generará y enviará el número de radicación al facturador electrónico y al Ministerio.

Cuando las partes revisen una FEV en salud con reportes de glosa y respuesta de glosa que presenten registros de servicios afectados con glosa al 100% y dentro de la misma factura otros registros de servicios afectados con glosa parcial, inmediatamente procede la generación de una NC parcial que involucre ambos tipos de glosas. Para la generación de los RIPS que soportan esta NC parcial, el facturador electrónico identificará el consecutivo de cada registro y diligenciará sus campos de acuerdo con la glosa correspondiente. La sumatoria de estos valores debe coincidir con el valor de la NC parcial.

En los RIPS soporte de NC parcial para pagadores NO relacionados con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud financiadas con recursos del SGSSS, las validaciones las harán los pagadores con soporte en las causales de glosa u objeción aplicadas.

Cuando en el trámite de una FEV en salud se presenten registros objeto de glosa cuyo manejo corresponda a NC parcial y simultáneamente a nota de ajuste RIPS, el campo T03 debe corresponder a “NC”. En estos RIPS, para cada registro afectado con estas glosas simultaneas (NC parcial y Nota de ajuste), se pueden registrar los cambios de valor y de ajuste de RIPS por calidad.

Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales [4.1.1.3 MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL](#) y [4.1.2.3 MÉTODO CARGARNCRÉDITO](#)

2.2.3. GENERACIÓN DE RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA DÉBITO

2.2.3.1. SERVICIOS NO FACTURADOS POR EL PSS

Cuando se genere una FEV en salud y su RIPS soporte, y dentro de esa factura se identifiquen servicios no facturados, el facturador electrónico puede optar, según el caso, por:

1. **Expedición y radicación de una nueva FEV en salud – servicios facturados:** Generar y expedir una nueva FEV en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud NO incluidos en la FEV inicial, procediendo con su radicación ante el pagador junto con sus RIPS y demás soportes, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición.
2. **Expedición de Nota Débito -ND, - servicios no facturados (completos) o facturados con valor o cantidad menor:** Generar y expedir una ND por la diferencia del menor valor o cantidad inicialmente facturado, actualizando los RIPS iniciales:
 - Identificando el consecutivo del usuario y servicio afectado, diligenciando los datos completos del registro, pero modificando únicamente las cantidades o valores (tarifa) objeto de ND; o
 - Ingresando nuevos registros completos de usuarios y/o servicios no facturados, caso en el cual estos nuevos registros continuarán la secuencia del consecutivo del RIPS soporte de la FEV radicada.

Cuando se hayan incluido en la ND registros de usuarios y servicios ajustando un menor valor o cantidad, NO es posible presentar una nueva FEV en salud, en razón a que en la nueva factura se duplicarían los registros de los RIPS que la que soportan.

3. **Afectación de FEV en salud inicial, generación de NC al 100% de la misma y expedición de nueva FEV:** Se procede a la afectación de la FEV en salud inicial, con la generación y expedición de la correspondiente NC al 100% según lo dispuesto en el numeral [4.1.1.2. MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL](#). y [4.1.2.2 MÉTODO CARCARNCREDITOTOTAL](#) seguidamente, se genera y expide una nueva FEV en salud junto con sus RIPS y demás soportes, procediendo a su radicación ante el pagador, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición, con la totalidad de los servicios y tecnologías objeto de facturación

2.2.4. GENERACIÓN DE RIPS PARA NOTA AJUSTE DE RIPS

Cuando se genere una FEV en salud y su RIPS soporte, y dentro de esa factura se identifiquen por parte de la Entidad Responsable de pago servicios objeto de glosa por inconsistencias en el relacionamiento de los datos reportados frente a la atención prestada o frente a lo contratado, que no afectan el valor monetario facturado, deben subsanarse con la generación de una Nota Ajuste de

RIPS. En estos casos no es necesario genera documentos electrónicos asociados a la factura electrónica de venta (nota crédito y nota débito).

Una vez el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud defina que acepta estas glosas de la factura, debe elaborar el archivo JSON de ajuste a los RIPS el cual debe ser validado a través del Validador Único del MinSalud, y de aprobarse, se generará el CUV del archivo RIPS que permitirá subsanar las glosas (de calidad) ante la entidad responsable de pago, procediendo el trámite de reconocimiento y pago de la factura.

2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA

Las entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, como son: entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud y organismos que realicen pilotos, estudios de investigación asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud o profesionales que facturen 3.500 UVT o menos en el año anterior o en el año en curso y simultáneamente no tengan ningún relacionamiento contractual con las ERP y demás pagadores del sector salud, deberán transmitir la información que les corresponde en la estructura definida para el RIPS (archivo en formato JSON). Estos RIPS no se acompañan de la FEV en salud, toda vez que estas entidades no adelantan el cobro de estos servicios en salud realizados o no están obligados a generarlas en el caso de los profesionales independientes antes mencionados.

Las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar el RIPS sin factura, deberán adelantar la transmisión de información ante el mecanismo único de validación de acuerdo a la realización de sus actividades, mínimo de manera diaria y máximo de manera mensual, en este último caso dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al objeto de reporte.

Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales [4.1.1.6 MÓDULO RIPS SIN FACTURA](#) y [4.1.2.6 MÉTODO CARGARRIOSSINFACTURA](#)

2.2.6. GENERACIÓN DE FACTURA CAPITA

FEV en salud – Capitación: De acuerdo a lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 14 de la Resolución 2275 de 2023 o la norma que la modifica o sustituye, la FEV en salud correspondiente al primer mes de todos los contratos suscritos bajo la modalidad de pago por capitación, se radica sin RIPS y demás soportes, procediendo por parte de la Entidad Responsable de Pago el trámite de reconocimiento y pago anticipado del 100% de dicha factura en los términos fijados en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

El RIPS de la FEV en salud del mes uno de la capitación, deberá ser transmitido y validado por el mecanismo único de validación del Ministerio a través del módulo [4.1.1.8. MÓDULO FACTURA](#)

[CAPITA Y 4.1.2.8. MÉTODO FEVCAPITA](#), y se asociará a la FEV del periodo de capitación al que corresponde (a partir de los campos de datos 10 y 11 de la FEV en salud), sin perjuicio de registrar en la FEV en salud del segundo periodo de capitación, los valores de pagos moderadores recaudados y reportados en el RIPS del primer periodo de capitación, los cuales serán restados del valor total de la FEV del segundo periodo de capitación, cuando aplique.

2.2.7. GENERACIÓN DE NOTA CRÉDITO SIN RIPS

Nota Crédito -NC por glosas por seguimiento de los acuerdos de voluntades que no afectan el RIPS: En los acuerdos de voluntades es posible pactar condiciones relacionadas con el seguimiento a la ejecución del contrato, que no afectan el RIPS que soporta la FEV en salud, es decir, se trata de FEV en salud que pueden ser glosadas únicamente por: i) Incumplimiento de indicadores de seguimiento; ii) Ajuste frente a la desviación de la nota técnica o iii) Indicadores de calidad, gestión y resultados. Producto de la aplicación de estas condiciones a la ejecución del contrato, eventualmente se generan glosas que afectan el valor de la factura en un porcentaje definido por las partes en el seguimiento al contrato, evaluación que puede dirigirse a varios periodos de facturación. El seguimiento a la ejecución de los contratos se concreta suscribiéndose un acta con definición del porcentaje y el valor glosado a la ejecución del contrato, sin que se afecte a un usuario o servicio en particular, todo lo anterior según lo definido en la Resolución 3253 de 2009 para las atenciones realizadas antes del 30 de septiembre de 2024, y en adelante según la Resolución 2284 de 2023.

Como existe una glosa aceptada por este concepto que se concreta en un porcentaje o un menor valor a reconocer por la ejecución del contrato, que no afecta los RIPS que soportaron las FEV en salud del (los) periodo(s) de seguimiento evaluado(s) en el acta, procederá la generación de una NC parcial que afecta la factura del(los) periodo(s) siguiente(s) a la fecha del acta, o a la última factura del acuerdo de voluntades, según corresponda. El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios establecidos para el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades (se le restaría a esta FEV en salud el valor de glosa del acta de seguimiento).

En estos casos, se transmitirá ante el mecanismo único de validación una NC parcial sin que se acompañe del RIPS, salvo en el caso de los contratos por capitación, donde al final de su ejecución se puede presentar esta NC con el valor glosado en el acta de seguimiento a la ejecución del contrato junto con los RIPS del último periodo de facturación (en caso de no existir un escenario de valor glosado en el seguimiento a la ejecución del contrato de capitación, se recibirían los RIPS sin FEV en salud de acuerdo a lo señalado en el numeral [2.2.5.GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA](#)).

Los facturadores electrónicos del sector salud y sus pagadores, tienen la opción de no generar una NC y en su lugar incorporar el menor valor a reconocer por la ejecución del contrato, fijado en el acta de seguimiento, en la(s) FEV en salud del(los) periodo(s) siguiente(s).

2.2.8. LOS DETALLES DE LA TRANSMISIÓN AL MECANISMO ÚNICO DE VALIDACIÓN DE ESTOS ARCHIVOS SE ENCUENTRAN EN LOS NUMERALES [4.1.1.1 MÓDULO FACTURA](#)

ELECTRÓNICA DE VENTA Y 4.1.2.1 MÉTODO CARGARFEVRIPS SOBRE EJECUCION DEL CONTRATO

En los casos de sobre ejecución del contrato de los cuales se derive un reajuste al valor inicialmente contratado, procederá la generación del RIPS y la FEV en salud en los términos del numeral [2.2.1. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA FEV EN SALUD Y DEMÁS SOPORTES](#), considerando en los contratos donde se pacte el seguimiento a su ejecución frente al:

- i. Sobre cumplimiento de indicadores de seguimiento;
- ii. Desviación de la nota técnica o,
- iii. Indicadores de calidad, gestión y resultados, se atenderá la indicación de los periodos a evaluar, que pueden corresponder a uno o más de un periodo de facturación (mes, bimestre, trimestre, semestre) y este seguimiento se hará entonces por los periodos de facturación acordados.

La sobre ejecución del contrato NO afecta una factura en particular, sino que afecta el valor del contrato en su conjunto, permitiendo a las partes una vez suscriban el acta de seguimiento al contrato (PGP o Cápita), establecer el valor a reconocerse por la sobre ejecución. Este valor definido en esa acta de seguimiento debe incluirse en el valor total de la FEV en salud del periodo de facturación que sigue a la fecha de suscripción del acta donde se concilió (valor corriente del contrato, más valor de sobre ejecución del acta de seguimiento).

En esta FEV en salud, se reportarán normalmente los RIPS correspondientes al periodo de facturación abarcado en la fecha de inicio y terminación del periodo de facturación (campos 10 y 11 del archivo XML de la FEV en salud), estos nuevos RIPS no se verán afectados por el valor ajustado por la sobre ejecución del contrato de periodos anteriores, pues en los campos del RIPS en modalidades agrupadas como PGP o cápita, no se diligencian valores, y los RIPS de las actividades que dieron origen a la sobre ejecución del contrato, ya fueron reportados en FEV en salud anteriores.

En caso de tratarse de una liquidación del del contrato, donde existe una última FEV en Salud y su RIPS soporte, procederá la presentación de esta FEV en salud con su RIPS (valor corriente del contrato, más el valor de sobre ejecución del acta de seguimiento), incluso en el caso de los contratos por capitación, donde al final de su ejecución se puede presentar esta FEV en salud con el valor de la sobre ejecución del contrato junto con los RIPS del último periodo de facturación (en caso de no existir un escenario de sobre ejecución del contrato de capitación, se recibirían los RIPS sin FEV en salud según el numeral [2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA](#)).

CAPÍTULO 3. GENERACIÓN DE LOS DATOS

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.

3.1. DETALLE DE LOS DATOS DE RIPS

3.1.1. DATOS RELATIVOS A LA TRANSACCIÓN

Estos datos permiten relacionar el RIPS con la factura electrónica de venta en salud y sus documentos equivalentes.

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|------------------------|---|------|--------|--|---|---------|
| T01 | numDocumentoldObligado | Número del NIT con el cual se identifique el facturador electrónico en salud. | C | 4-12 | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, procedimientos, medicamentos y otros servicios.</p> | <p>Ver en micrositio de FEV RIPS documento "ASIF04_Guía de Autenticacion_v12"</p> <p>En la versión 2 se cambió el tipo de campo de numérico a cadena.</p> <p>Se aclara que el tamaño del campo numDocumentoldObligado se ajusta de su valor "9" a "de 4 a 12", ya que número de NIT del facturador electrónico al ser persona natural puede variar de tamaño.</p> | 2 |
| T02 | numFactura | Número que corresponda al sistema de numeración consecutiva según las disposiciones de la DIAN. | | | <p>El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.</p> <p>El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta.</p> <p>Si el RIPS es con Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, se debe informar el número de factura, en caso contrario informar null</p> | <p>En la versión 2 se permite informar el campo como null en los casos cuando sea necesario enviar RIPS sin Factura Electrónica de Venta en Salud.</p> | 2 |
| T03 | tipoNota | Tipo de nota débito o crédito, o nota ajuste RIPS que se requiere realizar | C | 0,2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "TipoNota", en web.sispro.gov.co</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------|---|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | 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. | | | <p>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.</p> <p>Si los RIPS no corresponden a nota crédito, nota débito o nota ajuste RIPS, no se debe informar el tipo de nota.</p> <p>Valores permitidos NA, NC, ND o null según: NC: Nota crédito ND: Nota débito NA: Nota ajuste null: ningún tipo de nota</p> | | |
| T04 | numNota | Número de la nota crédito, débito o nota ajuste RIPS emitida por el facturador electrónico en salud. | C | 0-20 | <p>Número de la nota crédito, nota débito o nota ajuste RIPS generado por el facturador electrónico en salud.</p> <p>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.</p> <p>Si el tipo de nota es por ajuste de RIPS (T03 = NA) el número de nota no es obligatorio y se puede informar null (T04 = null).</p> | | 1 |

3.1.2. DATOS RELATIVOS A LOS USUARIOS

Corresponde a los datos del(los) usuario(s) al cual se le realizó la prestación del servicio o entrega de tecnología de salud según la factura electrónica de venta emitida.

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|-----------------------------|--|------|--------|--|---|---------|
| U01 | tipoDocumentoIdentificacion | Tipo de documento de identificación del usuario. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "TipoldPISIS", en web.sispro.gov.co.</p> <p>De acuerdo con la Resolución 1133 de 2021 de este Ministerio, y la Resolución 762 de 2023 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.</p> | <p>Para los venezolanos se crea el "PE: Permiso especial de permanencia" como documento válido de identificación del Sistema de Protección Social, Resolución 3015 de 2017.</p> <p>Los pacientes entre 7 y 17 años, deben identificarse con "TI: Tarjeta de identidad".</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|---|---------|
| | | | | | <p>Valores permitidos CC, CE, CD, PA, SC, PE, RC, TI, CN, AS, MS, DE, PT o SI, según:</p> <p>CC: Cédula de ciudadanía CC: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto PE: Permiso especial de permanencia RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CN: Certificado de nacido vivo AS: Adulto sin identificar MS: Menor sin identificar DE: Documento extranjero PT: Permiso temporal de permanencia SI: Sin identificación</p> <p>Para los adultos, mayores o iguales a 18 años y de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la "CC: Cédula de ciudadanía".</p> <p>Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con la "CE: Cédula de extranjería", "CD: Carné diplomático", "PA: Pasaporte" o "SC: salvoconducto".</p> <p>Para los venezolanos se crea el "PE: Permiso especial de permanencia" como documento válido de identificación del Sistema de Protección Social, Resolución 3015 de 2017.</p> <p>Los pacientes entre 7 y 17 años, deben identificarse con "TI: Tarjeta de identidad".</p> <p>Para pacientes de 7 años, el tipo de documento será "RC: Registro civil".</p> <p>Para pacientes de 3 meses, el tipo de documento será "RC: Registro civil" o "CN: Certificado de nacido vivo".</p> <p>El tipo de documento "PA: Pasaporte", es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años. También aplica para los extranjeros con pasaporte de la ONU para refugiados y asilados.</p> | <p>Para pacientes de 7 años, el tipo de documento será "RC: Registro civil".</p> <p>Para pacientes de 3 meses, el tipo de documento será "RC: Registro civil" o "CN: Certificado de nacido vivo".</p> <p>El tipo de documento "PA: Pasaporte", es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años. También aplica para los extranjeros con pasaporte de la ONU para refugiados y asilados.</p> <p>Para el caso de poblaciones especiales, en los cuales la población no está identificada por la Registradora Nacional del Estado Civil, deben ser atendidos como "AS: Adulto sin identificar" y "MS: Menor sin identificar", se debe tener en cuenta la Resolución 4622 de 2016, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p> <p>Si el tipo de documento es "TI: Tarjeta de identidad" (U01 = "TI") o "CC: Cédula de ciudadanía" (U01 = "CC") el número del documento de identificación (U02) debe incluir únicamente números.</p> <p>Si la unidad de medida de la edad está expresada en</p> | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|----------------------------|---|------|--------|--|--|---------|
| | | | | | <p>Para el caso de poblaciones especiales, en los cuales la población no está identificada por la Registradora Nacional del Estado Civil, deben ser atendidos como "AS: Adulto sin identificar" y "MS: Menor sin identificar", se debe tener en cuenta la Resolución 4622 de 2016, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.</p> <p>Si el tipo de documento es "TI: Tarjeta de identidad" (U01 = "TI") o "CC: Cédula de ciudadanía" (U01 = "CC") el número del documento de identificación (U02) debe incluir únicamente números.</p> <p>Si la unidad de medida de la edad está expresada en días, el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN.</p> <p>Si la edad es mayor o igual a 19 años, el tipo de identificación no puede ser RC, TI, MS, CN. Recuerde que se consideró en este caso el período de transición del menor a adulto para el cambio de identificación.</p> <p>Si la unidad de medida de la edad es meses el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS.</p> <p>Si el tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.</p> | <p>días, el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN.</p> <p>Si la edad es mayor o igual a 19 años, el tipo de identificación no puede ser RC, TI, MS, CN. Recuerde que se consideró en este caso el período de transición del menor a adulto para el cambio de identificación.</p> <p>Si la unidad de medida de la edad es meses el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS.</p> <p>Si el tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.</p> | |
| U02 | numDocumentoidentificacion | Corresponde al número del documento de identificación del usuario. | C | 4-20 | <p>Tener en cuenta las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según el tipo de documento, así:</p> <p>CC: 10 caracteres CE: 6 caracteres CD: 16 caracteres PA: 16 caracteres SC: 16 caracteres PE: 15 caracteres RC: 11 caracteres TI: 11 caracteres CN: 9 caracteres AS: 10 caracteres MS: 12 caracteres DE: ¿ PT: ? SI: ¿</p> | | 1 |
| U03 | tipoUsuario | Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el Sistema de Salud según la | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "RIPSTipoUsuarioVersion2", en web.sispro.gov.co.</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|-----------------|--------------------------------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | cobertura al momento de la atención. | | | <p>El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.</p> <p>Valores permitidos 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 o 10, según:</p> <p>01: Contributivo cotizante 02: Contributivo beneficiario 03: Contributivo adicional 04: Subsidiado 05: No afiliado 06: Especial o Excepción cotizante 07: Especial o Excepción beneficiario 08: Personas privadas de la libertad a cargo del Fondo Nacional de Salud 09: Tomador / Amparado ARL 10: Tomador / Amparado SOAT</p> | | |
| U04 | fechaNacimiento | Fecha de nacimiento del usuario. | C | 10 | <p>Informar la fecha de nacimiento en formato AAAA-MM-DD</p> <p>La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS.</p> <p>Según la fecha de nacimiento se deberá tener en cuenta el tipo de identificación del usuario de la siguiente manera:</p> <p>Si el usuario tiene 6 años o menos, el tipo de documento debe ser "Registro civil", si no cuenta con este documento y si tiene tres años o menos, se puede registrar "Certificado de nacido vivo", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento, se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar".</p> <p>Si el usuario tiene entre 7 y 17 años, el tipo de documento debe ser "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento se</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------|--|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Menor sin identificar".</p> <p>Si el usuario tiene 18 años o más, el tipo de documento debe ser "Cédula de ciudadanía", si no cuenta con este documento y si tiene hasta 19 años se puede registrar "Tarjeta de identidad", si no cuenta con este documento se puede registrar "Cédula de extranjería", si no cuenta con este documento se puede registrar "Pasaporte", si no cuenta con este documento se puede registrar "Carné diplomático" o "salvoconducto de permanencia" o permiso especial de permanencia" o "documento extranjero" o "permiso temporal de permanencia", si no cuenta con ninguno de estos documentos, se puede registrar "Adulto sin identificar".</p> <p>Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años.</p> | | |
| U05 | codSexo | Identificador de sexo según aparece en el documento de identificación registrado en el campo "numDocumentoIdentificacion". | C | 1 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "Sexo", en web.sispro.gov.co.</p> <p>Si es un adulto sin identificación o un menor sin identificación registrar el sexo declarado o el identificado por el profesional que realiza la atención.</p> <p>Si se informan datos de recién nacido, se debe validar que el usuario tenga sexo "Femenino".</p> <p>Si se informa finalidad de "Interrupción voluntaria del embarazo" – IVE se puede validar que el usuario sea de sexo "femenino".</p> <p>Valores permitidos M, F o I, según: H: Hombre I: Indeterminado o Intersexual M: Mujer</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|------------------------------|---|------|--------|--|--|---------|
| 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: "Pais", 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. Si el país es Colombia, este campo no puede informarse "null". Informar dato según tabla de referencia: "Municipio" en web.sispro.gov.co. Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva seis o más meses viviendo de manera permanente. Este código se conforma a partir del código correspondiente al departamento (dos primeros caracteres), seguido del código correspondiente al municipio (tres últimos caracteres). | En la versión 2 se incluyó validación para informar de manera obligatoria el municipio cuando el país de residencia del usuario es Colombia. | 2 |
| 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. Valores permitidos 01 o 02, según: 01: Rural 02: Urbano | | 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. Valores permitidos SI o NO | | 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. El consecutivo dependerá de la cantidad de usuarios informados en el RIPS. | | 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: "Pais", en web.sispro.gov.co. | | 1 |

A continuación, se presenta una tabla por medio de la cual se podrá comprender el tipo de identificación de un usuario cuando este no se encuentre identificado por la Registraduría Nacional del Estado Civil, según el anexo técnico de la Resolución 4622 de 2016.

| Condición | Explicación | Tipo documento a informar | Tamaño número documento | Composición del número de identificación a informar |
|--|-------------|---------------------------|-------------------------|---|
| Personas de la tercera edad en protección de ancianos. | ... | AS | 10 | Código de departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + S + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 08001S8125. |

| Condición | Explicación | Tipo documento a informar | Tamaño número documento | Composición del número de identificación a informar |
|---|--|---------------------------|-------------------------|---|
| Indígenas mayores de edad. | ... | AS | 10 | Código de departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + I + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4). Ejemplo: 76001I8125. |
| Habitantes de la calle mayores de edad. | ... | AS | 10 | Código de departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + D + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 05001D0008. |
| Víctimas mayores de edad. | Las entidades Territoriales y las EPS deben gestionar la plena identificación de esta población y reportar la actualización del documento a la BDU. | AS | 10 | Departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + P + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 05001P0008. |
| Población Reclusa con identificación interna asignada por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC. | Número asignado por el INPEC. Para internos reclusos en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC. | AS | 6 | Número asignado por el INPEC. |
| | Número asignado por el INPEC para menores de tres (3) años que convivan con sus madres reclusos en los establecimientos a cargo del INPEC. | MS | 6 | |
| Menores de edad bajo protección del ICBF. | ... | MS | 10 | Código de departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + A + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 25001A0009. |
| Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. | ... | | | |
| Menores de edad desvinculados del conflicto armado. | ... | | | |
| Indígenas menores de edad. | Solo aplica para Régimen Subsidiado. | MS | 10 | Código de departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + I + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 08001I8125. |
| Habitantes de la calle menores de edad. | ... | MS | 10 | Departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + D + consecutivo por individuo (Alfanumérico de 4 caracteres). Ejemplo: 05001D0008. |
| Víctimas menores de edad. | ... | MS | 10 | Departamento (2 caracteres) + código de municipio (3 caracteres) + P + consecutivo por individuo (4 dígitos). Ej: 05001P0008 *Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización del documento a la BDU. |
| Menor de edad recién nacido con edad menor o igual a un (1) mes. | Número de documento de la madre o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). "Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización antes que cumpla el año. | MS | 12 | |

3.1.3. DATOS RELATIVOS AL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS DE SALUD Y A LOS VALORES FACTURADOS

3.1.3.1. DATOS DE CONSULTAS

Se informan las consultas realizadas por los distintos profesionales de la salud, las de primera vez y de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales, de acuerdo con las especificaciones realizadas por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS vigente.

Las consultas a informar son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapeutas, nutricionistas, optómetras y otros. Se incluyen aquí las consultas de medicina laboral y del trabajo.

En la prestación del servicio de consulta odontológica (general o especializada), la consulta corresponde a la sesión en la cual el odontólogo hace el examen integral del estado bucodental y formula un plan de tratamiento integral. Las sesiones para ejecutar ese plan se informan en datos de procedimientos. Igualmente se incluyen las consultas de control del tratamiento.

No es dable el agrupamiento de consultas en un único registro, es necesario informar de manera detallada cada una de las consultas realizadas con sus respectivos datos.

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | 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 numDocumentObligado. | | 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. Se debe informar la fecha y hora en que el usuario fue atendido en formato AAAA-MM-DD hh:mm | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|-----------------|---|------|--------|--|-----------------|---------|
| 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 | <p>Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa null.</p> <p>Se informa si el prestador ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización.</p> | | 1 |
| C04 | codConsulta | Código de la consulta definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS. | C | 6 | <p>Informar de acuerdo con la codificación establecida en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS generada y actualizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta.</p> <p>El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.</p> <p>El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.</p> <p>Si se informan registros en el grupo de servicios de internación o el servicio de urgencias el código CUPS se puede validar que sea de consultas intrahospitalarias (interconsultas) y que se encuentre dentro del periodo de internación o de observación de urgencias.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co</p> <p>Este dato corresponde al código de la consulta, según disciplina (medicina, odontología, enfermería,</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>nutrición, psicología, optometría, etc.), de acuerdo con la clasificación CUPS vigente. Especifica si es de primera vez, o de control y si es general o especializada, cuando aplica.</p> <p>A continuación se entregan algunas definiciones para entender cuándo usar un código u otro:</p> <p>Para consulta médica electiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o disfuncionalidad, pero no la percibe como riesgo de agravamiento o muerte se considera que es una consulta electiva, de tipo resolutivo (quiere decir para resolver un problema de salud, un cuadro mórbido o una patología o síndrome). 2. Cuando al usuario se le hace una consulta para valoración y detección temprana de alteraciones o enfermedades, o dentro de una actividad de tamizaje a usuarios con perfil de riesgo, por demanda del usuario o dentro de un programa del cual es referido, o por demanda espontánea (cuando solicita que le hagan un chequeo general, o de su cavidad bucal), se considera una consulta de Promoción y Prevención programable. <p>Los códigos que deben informarse para consulta médica electiva son, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890201: Consulta de primera vez por medicina general. • 890202: Consulta de primera vez por medicina especializada. <p>Los códigos de las consultas no permiten la diferenciación entre resolutivo o promoción y prevención, por lo cual debe complementarse con el campo de finalidad.</p> <p>Para consulta de control: Cuando el paciente es atendido para hacer un control de su estado de salud, después de haber iniciado un</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>tratamiento o procedimiento, confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de ayudas diagnósticas realizadas.</p> <p>Los códigos que deben informarse para consulta de control son, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890301: Consulta de control o de seguimiento por medicina general • 890302: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada <p>Para atención (visita) domiciliaria o al sitio de trabajo: Es la consulta que se realiza en el domicilio del usuario, como parte de programas de cuidado domiciliario, o en el sitio de trabajo como parte de las acciones de prevención de riesgos laborales o de tamizaje por parte del pagador.</p> <p>Los códigos que se deben informar para atención domiciliaria o al sitio de trabajo son, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890101: Atención (visita) domiciliaria por medicina general • 890102: Atención (visita) domiciliaria por medicina especializada • 890105: Atención (visita) domiciliaria por enfermería. <p>Para consulta odontológica: Los códigos que se deben informar para consulta odontológica son, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 980303: Consulta de primera vez por odontología general • 890204: Consulta de primera vez por odontología especializada <p>Para consulta odontológica de control: Las consultas de control en odontología se realizan cuando un tratamiento ha sido terminado, para evaluar la funcionalidad y la respuesta del tratamiento a la problemática general.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de control son, entre otros, los siguientes:</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>• 890303: Consulta de control o de seguimiento por odontología general</p> <p>• 890304: Consulta de control o de seguimiento por odontología especializada</p> <p>Para consulta odontológica de urgencias: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica de urgencias o a la consulta ambulatoria destinada en franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo más frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de urgencias son, entre otros, los siguientes:</p> <p>• 890703: Consulta de urgencias por odontología general</p> <p>• 890704: Consulta de urgencias por odontología especializada</p> <p>Para consulta de enfermería: Las consultas que realizan los profesionales de enfermería son de protección específica y detección temprana.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta de enfermería son los siguientes:</p> <p>• 890205: Consulta de primera vez por enfermería</p> <p>• 890305: Consulta de control o de seguimiento por enfermería.</p> <p>Para consultas con otros profesionales: Las consultas por otros profesionales se realizan cuando se requiere una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina y su rol en el equipo de salud.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consultas con otros profesionales son los siguientes:</p> <p>• 890206: Consulta de primera vez por nutrición y dietética</p> <p>• 890306: Consulta de control o de seguimiento por nutrición o dietética</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 890207: Consulta de primera vez por optometría • 890307: Consulta de control o seguimiento por optometría • 890208: Consulta de primera vez por psicología • 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología • 890209: Consulta de primera vez por trabajo social • 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social • 890210: Consulta de primera vez por foniatría y fonoaudiología • 890310: Consulta de control o de seguimiento por foniatría y fonoaudiología • 890211: Consulta de primera vez por fisioterapia • 890311: Consulta de control o de seguimiento por fisioterapia • 890212: Consulta de primera vez por terapia respiratoria • 890312: Consulta de control o de seguimiento por terapia respiratoria • 890213: Consulta de primera vez por terapia ocupacional • 890313: Consulta de control o de seguimiento por terapia ocupacional <p>Para interconsultas: Las interconsultas son consultas mediante las cuales un médico general o especialista u otro profesional de salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista) emite opiniones, juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.</p> <p>Los códigos que se deben informar para interconsultas son desde el 890402 hasta 890413.</p> <p>Para junta médica: La junta médica es una consulta que se realiza a un usuario por varios médicos generales o especialistas simultáneamente, con el fin de decidir una conducta de manejo y tratamiento y otorgamiento de derechos</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>para calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral (Decreto 19 de 2012, artículo 142). Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta.</p> <p>Los códigos que se deben informar para la junta médica son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890501: Participación en junta medica por medicina general y caso (paciente) • 890502: Participación en junta medica por medicina especializada y caso (paciente) • 890503: Participación en junta medica por otro profesional de la salud y caso (paciente) <p>Para consulta de medicina alternativa: Los códigos que se deben informar para la consulta de medicina alternativa son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890214: Consulta de primera vez por terapias alternativas • 890314: Consulta de control o de seguimiento por terapias alternativas <p>Para salud mental: La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890208: Consulta de primera vez por psicología • 890209: Consulta de primera vez por trabajo social • 890284: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría • 890285: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica • 890202: Consulta de primera vez por medicina especializada. <p>Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social • 890384: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría • 890385: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría pediátrica • 890302: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada <p>Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 940100 al 941400 con finalidad diagnóstica • Del 942600 al 944915 con finalidad terapéutica. <p>1. Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o disfuncionalidad, pero no la percibe como riesgo de agravamiento o muerte se considera que es una consulta electiva, de tipo resolutivo (quiere decir para resolver un problema de salud, un cuadro mórbido o una patología o síndrome).</p> <p>2. Cuando al usuario se le hace una consulta para valoración y detección temprana de alteraciones o enfermedades, o dentro de una actividad de tamizaje a usuarios con perfil de riesgo, por demanda del usuario o dentro de un programa del cual es referido, o por demanda espontánea (cuando solicita que le hagan un chequeo general, o de su cavidad bucal), se considera una consulta de Promoción y Prevención programable.</p> <p>Los códigos que deben informarse para consulta médica electiva son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890201: Consulta de primera vez por medicina general. • 890202: Consulta de primera vez por medicina especializada. <p>Los códigos de las consultas no permiten la diferenciación entre resolutivo o promoción y</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>prevención, por lo cual debe complementarse con el campo de finalidad.</p> <p>Para consulta de control: Cuando el paciente es atendido para hacer un control de su estado de salud, después de haber iniciado un tratamiento o procedimiento, confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de ayudas diagnósticas realizadas.</p> <p>Los códigos que deben informarse para consulta de control son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890301: Consulta de control o de seguimiento por medicina general • 890302: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada <p>Para atención (visita) domiciliaria o al sitio de trabajo: Es la consulta que se realiza en el domicilio del usuario, como parte de programas de cuidado domiciliario, o en el sitio de trabajo como parte de las acciones de prevención de riesgos laborales o de tamizaje por parte del pagador.</p> <p>Los códigos que se deben informar para atención domiciliaria o al sitio de trabajo son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890101: Atención (visita) domiciliaria por medicina general • 890102: Atención (visita) domiciliaria por medicina especializada • 890105: Atención (visita) domiciliaria por enfermería. <p>Para consulta odontológica: Los códigos que se deben informar para consulta odontológica son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 980303: Consulta de primera vez por odontología general • 890204: Consulta de primera vez por odontología especializada <p>Para consulta odontológica de control: Las consultas de control en odontología se realizan cuando un tratamiento ha sido terminado, para evaluar la funcionalidad y la respuesta</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>del tratamiento a la problemática general.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de control son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890303: Consulta de control o de seguimiento por odontología general • 890304: Consulta de control o de seguimiento por odontología especializada <p>Para consulta odontológica de urgencias: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica de urgencias o a la consulta ambulatoria destinada en franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo más frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de urgencias son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890703: Consulta de urgencias por odontología general • 890704: Consulta de urgencias por odontología especializada <p>Para consulta de enfermería: Las consultas que realizan los profesionales de enfermería son de protección específica y detección temprana.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consulta de enfermería son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890205: Consulta de primera vez por enfermería • 890305: Consulta de control o de seguimiento por enfermería. <p>Para consultas con otros profesionales: Las consultas por otros profesionales se realizan cuando se requiere una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina y su rol en el equipo de salud.</p> <p>Los códigos que se deben informar para consultas con</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>otros profesionales son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890206: Consulta de primera vez por nutrición y dietética • 890306: Consulta de control o de seguimiento por nutrición o dietética • 890207: Consulta de primera vez por optometría • 890307: Consulta de control o seguimiento por optometría • 890208: Consulta de primera vez por psicología • 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología • 890209: Consulta de primera vez por trabajo social • 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social • 890210: Consulta de primera vez por foniatria y fonocardiología • 890310: Consulta de control o de seguimiento por foniatria y fonocardiología • 890211: Consulta de primera vez por fisioterapia • 890311: Consulta de control o de seguimiento por fisioterapia • 890212: Consulta de primera vez por terapia respiratoria • 890312: Consulta de control o de seguimiento por terapia respiratoria • 890213: Consulta de primera vez por terapia ocupacional • 890313: Consulta de control o de seguimiento por terapia ocupacional <p>Para interconsultas: Las interconsultas son consultas mediante las cuales un médico general o especialista u otro profesional de salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista) emite opiniones, juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.</p> <p>Los códigos que se deben informar para interconsultas son desde el 890402 hasta 890413.</p> <p>Para junta médica:</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>La junta médica es una consulta que se realiza a un usuario por varios médicos generales o especialistas simultáneamente, con el fin de decidir una conducta de manejo y tratamiento y otorgamiento de derechos para calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral (Decreto 19 de 2012, artículo 142). Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta.</p> <p>Los códigos que se deben informar para la junta médica son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890501: Participación en junta medica por medicina general y caso (paciente) • 890502: Participación en junta medica por medicina especializada y caso (paciente) • 890503: Participación en junta medica por otro profesional de la salud y caso (paciente) <p>Para consulta de medicina alternativa: Los códigos que se deben informar para la consulta de medicina alternativa son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890214: Consulta de primera vez por terapias alternativas • 890314: Consulta de control o de seguimiento por terapias alternativas <p>Para salud mental: La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890208: Consulta de primera vez por psicología • 890209: Consulta de primera vez por trabajo social • 890284: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría • 890285: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica • 890202: Consulta de primera vez por medicina especializada. | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|------------------------------|---|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento, se codifican con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología • 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social • 890384: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría • 890385: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría pediátrica • 890302: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada <p>Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 940100 al 941400 con finalidad diagnóstica • Del 942600 al 944915 con finalidad terapéutica. | | |
| 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 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "ModalidadAtencion", en web.sispro.gov.co</p> <p>Valores permitidos 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08 o 09, según:</p> <p>01: Intramural 02: Extramural unidad móvil 03: Extramural domiciliaria 04: Extramural jornada de salud 06: Telemedicina interactiva 07: Telemedicina no interactiva 08: Telemedicina telexperticia 09: Telemedicina telemonitoreo</p> | | 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 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "GrupoServicios", en web.sispro.gov.co.</p> <p>Valores permitidos 01, 02, 03, 04 o 05, según:</p> <p>01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación 04: Quirúrgico 05: Atención inmediata</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|-------------|--|------|--------|--|-----------------|---------|
| C07 | codServicio | Código del servicio que según la norma de habilitación del SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por 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 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "Servicios", en web.sispro.gov.co.</p> <p>Se debe validar que el código del servicio corresponda al grupo de servicio y a la modalidad del grupo de servicio informado.</p> <p>Valores permitidos</p> <p>105: cuidado intermedio neonatal</p> <p>106: cuidado intermedio pediátrico</p> <p>107: cuidado intermedio adultos</p> <p>108: cuidado intensivo neonatal</p> <p>109: cuidado intensivo pediátrico</p> <p>110: cuidado intensivo adultos</p> <p>1101: atención del parto</p> <p>1102: urgencias</p> <p>1103: transporte asistencial básico</p> <p>1104: transporte asistencial medicalizado</p> <p>1105: atención prehospitalaria</p> <p>120: cuidado básico neonatal</p> <p>129: hospitalización adultos</p> <p>130: hospitalización pediátrica</p> <p>131: hospitalización en salud mental</p> <p>132: hospitalización parcial</p> <p>133: hospitalización paciente crónico con ventilador</p> <p>134: hospitalización paciente crónico sin ventilador</p> <p>135: hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>138: cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>201: cirugía de cabeza y cuello</p> <p>202: cirugía cardiovascular</p> <p>203: cirugía general</p> <p>204: cirugía ginecológica</p> <p>205: cirugía maxilofacial</p> <p>207: cirugía ortopédica</p> <p>208: cirugía oftalmológica</p> <p>209: cirugía otorrinolaringología</p> <p>210: cirugía oncológica</p> <p>211: cirugía oral</p> <p>212: cirugía pediátrica</p> <p>213: cirugía plástica y estética</p> <p>214: cirugía vascular y angiología</p> <p>215: cirugía urológica</p> <p>217: otras cirugías</p> <p>218: cirugía endovascular neurológica</p> <p>227: cirugía oncológica pediátrica</p> <p>231: cirugía de la mano</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | 232: cirugía de mama y tumores tejidos blandos 233: cirugía dermatológica 234: cirugía de torax 235: cirugía gastrointestinal 237: cirugía plástica oncológica 245: neurocirugía 301: anestesia 302: cardiología 303: cirugía cardiovascular 304: cirugía general 306: cirugía pediátrica 308: dermatología 309: dolor y cuidados paliativos 310: endocrinología 311: endodoncia 312: enfermería 313: estomatología 316: gastroenterología 317: genética 318: geriatría 320: ginecología 321: hematología 323: infectología 324: inmunología 325: medicina familiar 326: medicina física y del deporte 327: medicina física y rehabilitación 328 - medicina general 329 - medicina interna 330 - nefrología 331 - neumología 332 - neurología 333 - nutrición y dietética 334 - odontología general 335 - oftalmología 336 - oncología clínica 337 - optometría 338 - ortodoncia 339 - ortopedia y/o traumatología 340 - otorrinolaringología 342 - pediatría 343 - periodoncia 344 - psicología 345 - psiquiatría 346 - rehabilitación oncológica 347 - rehabilitación oral 348 - reumatología 354 - toxicología 355 - urología 356 - otras consultas de especialidad 361 - cardiología pediátrica 362 - cirugía de cabeza y cuello 363 - cirugía de mano 364 - cirugía de mama y tumores tejidos blandos 365 - cirugía dermatológica 366 - cirugía de torax 367 - cirugía gastrointestinal 368 - cirugía ginecológica laparoscópica | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | 369 - cirugía plastica y estetica 370 - cirugía plastica oncologica 371 - otras consultas generales 372 - cirugía vascular 373 - cirugía oncologica 374 - cirugía oncologica pediatrica 375 - dermatologia oncologica 377 - coloproctologia 379 - ginecologia oncologica 383 - medicina nuclear 384 - nefrologia pediatrica 385 - neonatologia 386 - neumologia pediatrica 387 - neurocirugia 388 - neuropediatria 390 - oftalmologia oncologica 391 - oncologia y hematologia pediatrica 393 - ortopedia oncologica 395 - urologia oncologica 396 - odontopediatria 397 - medicina estetica 406 - hematologia oncologica 407 - medicina del trabajo y medicina laboral 408 - radioterapia 409 - ortopedia pediatrica 410 - cirugía oral 411 - cirugía maxilofacial 412 - medicina alternativa y complementaria - homeopatica 413 - medicina alternativa y complementaria - ayurvedica 414 - medicina alternativa y complementaria - tradicional china 415 - medicina alternativa y complementaria - naturopatica 416 - medicina alternativa y complementaria - neuralterapeutica 417 - terapias alternativas y complementarias - bioenergetica 418 - terapias alternativas y complementarias - terapia con filtros 419 - terapias alternativas y complementarias - terapias manuales 420 - vacunacion 421 - patologia 422 - medicina alternativa y complementaria - osteopatica 423 - seguridad y salud en el trabajo 706 - laboratorio clinico 709 - quimioterapia 711 - radioterapia 712 - toma de muestras de laboratorio clinico 714 - servicio farmaceutico 715 - medicina nuclear | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------------------------|---|------|--------|---|--|---------|
| | | | | | 717 - laboratorio citologías cervico-uterinas 728 - terapia ocupacional 729 - terapia respiratoria 731 - laboratorio de histotecnología 733 - hemodialisis 734 - diálisis peritoneal 739 - fisioterapia 740 - fonología y/o terapia del lenguaje 742 - diagnóstico vascular 743 - hemodinamia e intervencionismo 744 - imágenes diagnósticas-ionizantes 745 - imágenes diagnósticas - no ionizantes 746 - gestión pre-transfusional 747 - patología 748: radiología odontológica 749: toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas | | |
| C08 | finalidadTecnología Salud | Identificador de la finalidad con que se realiza la consulta. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "RIPSEFinalidadConsultaVersión2" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique finalidad para consultas, en web.sispro.gov.co.</p> <p>La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> | Valores permitidos 12, 13, 15 a 25, 27, 43 o 44. | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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.</p> <p>Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional"</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|----|-------|-------------|------|--------|---|-----------------|---------|
| | | | | | <p>se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", "Detección temprana de enfermedad general", "Protección específica", "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".</p> <p>Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", en el diagnóstico principal el código de CIE únicamente puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10:</p> | | |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|----------------------------|--|------|---------|---|--|---------|
| | | | | | Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). | | |
| 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. | Valores permitidos 21 a 30 | 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. | La afección principal se define como la diagnosticada al final del proceso de atención de la salud o de la consulta, como la causante primaria de la solicitud de atención del paciente. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica causante de la solicitud de la atención de consulta. Todo diagnóstico principal referido a riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral. | 1 |
| C11 | codDiagnosticoRelacionado1 | Código del diagnóstico relacionado número 1 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea 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. | Otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección principal, o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención. | 1 |
| C12 | codDiagnosticoRelacionado2 | Código del diagnóstico relacionado número 2 confirmado o | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. | Otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|-----------------------------|--|------|---------|--|--|---------|
| | | presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | | | <p>El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.</p> <p>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.</p> | <p>principal, o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud.</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención.</p> | |
| C13 | codDiagnosticoRelacionado3 | Código del diagnóstico relacionado número 3 confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.</p> <p>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.</p> | <p>Otras afecciones o problemas relacionados con la afección principal, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección principal, o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud.</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención.</p> | 1 |
| C14 | tipoDiagnosticoPrincipal | Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado o presuntivo. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: “RIPSTipoDiagnosticoPrincipalVersion2”, en web.sispro.gov.co.</p> | <p>Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el profesional de salud en el momento de la atención.</p> <p>Valores permitidos 01, 02 o 03, según: 01: Impresión diagnóstica 02: Confirmado nuevo 03: Confirmado repetido</p> | 1 |
| C15 | tipoDocumentoIdentificacion | Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó la consulta | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: “TipoldPISIS”, 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</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|----------------------------|---|------|--------|---|---|---------|
| | | | | | PE: Permiso Especial de Permanencia DE: Documento extranjero PT: Permiso por Protección Temporal | | |
| 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) | Este dato corresponde al valor monetario que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento. Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0". | 2 |
| C18 | conceptoRecaudo | Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas. | C | 2 | Informar dato según tabla de referencia: "conceptoRecaudo", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 02: Cuota moderadora 03: Pagos compartidos en planes voluntarios de salud 05: No aplica Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo. Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios. | | 1 |
| C19 | valorPagoModerador | Valor monetario del pago moderador. | N | 1-10 | Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero (0). Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1". 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 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------------------|---|------|--------|--|---|---------|
| | | | | | En facturas monousuario, el valor de la cuota moderadora estará limitado al valor del servicio menos un peso; en razón a que no es posible generar facturas con valores negativos. | | |
| 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. | El consecutivo dependerá de la cantidad de consultas informadas en el RIPS. | 1 |

3.1.3.2. DATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

Se registran los datos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, de protección específica y de detección temprana de enfermedad general o de enfermedad profesional.

Los procedimientos incluyen la aplicación de vacunas, procedimientos odontológicos incluidos los de promoción y prevención, procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como la terapia física, la terapia respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

La codificación de procedimientos se realiza de acuerdo a la CUPS, la cual es de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional y para todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|--------------|--|------|--------|--|---|---|
| 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 numDocumentoldObligado. | Informar el número completo del código asignado al prestador en el proceso de habilitación por el ente territorial (secretaría de salud). El código del prestador es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|---------------------|--|------|--------|--|---|---|
| | | | | | | informar el de 12 caracteres que incluye sedes. | |
| P02 | fechalnicioAtencion | 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. | Se informa la fecha y hora en que el usuario fue atendido en formato AAAA-MM-DD hh:mm | 1 |
| P03 | idMIPRES | Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de procedimientos financiados con presupuesto máximo. | C | 0-15 | <p>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.</p> <p>Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES.</p> | | 1 |
| P04 | numAutorizacion | Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios. | C | 0-30 | <p>En caso de procedimientos financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES.</p> <p>Cuando el servicio de salud no requiera autorización se informa null.</p> | Se informa si el prestador ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización. | 1 |
| P05 | codProcedimiento | Código del procedimiento definido en el Sistema, según la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS. | C | 6 | <p>El código de CUPS puede corresponder a una cobertura de procedimiento.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta.</p> <p>El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.</p> <p>El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.</p> <p>El código de CUPS se puede validar con CondicionyDestinoUsuarioEgreso el tiempo de estancia del paciente.</p> <p>Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto y además el grupo de servicios informado es internación se puede validar que</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|------------------------------|---|------|--------|--|---|---|
| | | | | | <p>cuente con datos de hospitalización y de salas (parto o cirugía).</p> <p>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.</p> <p>Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto se puede validar que cuente con datos de recién nacido.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co.</p> | | |
| P06 | vialIngresoServicioSalud | Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "VialIngresoUsuario" 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.</p> | <p>Valores permitidos 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, según:</p> <p>01: Demanda espontánea 02: Derivado de consulta externa 03: Derivado de urgencias 04: Derivado de hospitalización 05: Derivado de sala de cirugía 06: Derivado de sala de partos 07: Recién nacido en la institución 08: Recién nacido en otra institución 09: Derivado o referido de hospitalización domiciliaria 10: Derivado de atención domiciliaria 11: Derivado de telemedicina 12: Derivado de jornada de salud 13: Referido de otra institución 14: Contrarreferido de otra institución</p> | 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 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "ModalidadAtencion", en web.sispro.gov.co.</p> | <p>Valores permitidos 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08 o 09, según:</p> <p>01: Intramural 02: Extramural unidad móvil 03: Extramural domiciliaria 04: Extramural jornada de salud 06: Telemedicina interactiva 07: Telemedicina no interactiva 08: Telemedicina teleexperticia</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|--------------------------|--|------|--------|--|--|---|
| | | | | | | 09: Telemedicina telemonitoreo | |
| 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. | Valores permitidos 01, 02, 03, 04 o 05, según: 01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación 04: Quirúrgico 05: Atención inmediata | 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. | Valores permitidos 12 a 20, 22 a 44 | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|-----------------------------|--|------|---------|---|---|---|
| P11 | tipoDocumentoIdentificacion | Corresponde al tipo de documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "TipoldPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores:</p> <p>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</p> | | 1 |
| P12 | numDocumentoIdentificacion | Corresponde al número del documento de identificación de la persona que realizó el procedimiento. | C | 4-20 | | | 1 |
| P13 | codDiagnosticoPrincipal | Código del diagnóstico principal confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 4-25 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado.</p> <p>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.</p> | <p>Debe registrarse el diagnóstico que justificó la estadía en observación, sea éste un diagnóstico de una patología o uno sintomático.</p> <p>En éste campo no debe ir un diagnóstico de causa que motivó la atención</p> <p>Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica que justifica la atención de urgencias. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.</p> | 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 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|-----------------|---|------|---------|---|-----------------|---|
| | | | | | <p>igual al código de diagnóstico principal.</p> <p>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.</p> <p>Para el diligenciamiento de este campo debe tomarse la información del registro asistencial elaborado por el profesional de la salud, que deberá constar en la orden de realización del servicio.</p> | | |
| P15 | codComplicacion | Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> | | 1 |
| P16 | vrServicio | Valor monetario del procedimiento según el manual tarifario o la tarifa pactada en el acuerdo de voluntades. | N | 1-15 | <p>Diligenciar el valor mayor a cero (0) si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero (0).</p> <p>Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0)</p> | | 2 |
| P17 | conceptoRecaudo | Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o plan voluntario de salud adquirido. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "conceptoRecaudo", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores:</p> <p>01: Copago 02: Cuota moderadora 03: Pagos compartidos en planes voluntarios de salud 05: No aplica</p> <p>Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del Régimen Contributivo.</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | V |
|-----|---------------------|---|------|--------|---|-----------------|---|
| | | | | | Para usuarios del Régimen Subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios. | | |
| P18 | valorPagoModerador | Valor monetario del pago moderador. | N | 1-10 | <p>Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero (0).</p> <p>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).</p> <p>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".</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En facturas monousuario, el valor de la cuota moderadora estará limitado al valor del servicio menos un peso; en razón a que no es posible generar facturas con valores negativos.</p> | | 2 |
| P19 | numFEVPagoModerador | Número de factura electrónica de venta emitida al usuario y que soporte el valor registrado en el campo P18 o | | | <p>El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.</p> <p>Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.</p> | | 1 |

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

3.1.3.3. DATOS DE LA URGENCIA CON OBSERVACIÓN

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-------------------------|--|------|--------|---|---------|
| R01 | codPrestador | Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar. | C | 12 | El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSNOREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentoldObligado. | 1 |
| R02 | fechaInicioAtencion | Fecha y hora de ingreso del usuario a urgencias con observación. | 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: | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-----------------------------|---|------|---------|---|---------|
| | | | | | <p>Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).</p> <p>El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.</p> <p>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.</p> | |
| 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 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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).</p> <p>El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.</p> <p>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.</p> | 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 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.</p> <p>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.</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-------------------------------|---|------|---------|---|---------|
| R07 | codDiagnosticoRelacionadoE2 | Código del diagnóstico relacionado 2 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.</p> <p>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.</p> | 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 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.</p> <p>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.</p> | 1 |
| R09 | condicionDestinoUsuarioEgreso | Identificador para determinar la condición y el destino del paciente al egreso de la atención de urgencia con observación, según aplique. | C | 2 | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|---------------------------|---|------|---------|--|---------|
| R10 | codDiagnosticoCausaMuerte | Código del diagnóstico de causa básica de muerte confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | <p>Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el Certificado de defunción.</p> <p>Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto".</p> <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> | 1 |
| R11 | fechaEgreso | Fecha y hora de egreso del usuario de urgencias con observación. | C | 16 | <p>En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del usuario.</p> <p>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.</p> <p>El rango comprendido entre la fecha/hora de ingreso y la fecha/hora de egreso no puede superar las 48 horas.</p> | 1 |
| R12 | consecutivo | Número consecutivo que identifique el registro. | N | 1-7 | <p>Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.</p> | 1 |

3.1.3.4. DATOS DE LA 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 numDocumentoldObligado. | 1 |
| H02 | vialngresoServicioSalud | Identificador para determinar la vía de ingreso del usuario al servicio. | C | 2 | Informar dato según tabla de referencia: "VialngresoUsuario" 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 | 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). | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-----------------------------|---|------|---------|--|---------|
| | | Enfermedades – CIE. | | | 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. | |
| H08 | codDiagnosticoRelacionadoE1 | Código del diagnóstico relacionado 1 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso. Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE. | 1 |
| H09 | codDiagnosticoRelacionadoE2 | Código del diagnóstico relacionado 2 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso. Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE. | 1 |
| H10 | codDiagnosticoRelacionadoE3 | Código del diagnóstico relacionado 3 de egreso confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso. Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso. Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE. | 1 |
| H11 | codComplicacion | Código del diagnóstico de complicación confirmado o presuntivo, según la versión vigente de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE. | C | 0, 4-25 | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario. El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente). Informar dato según tabla de referencia: "CIE10" en web.sispro.gov.co o la tabla de | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-------------------------------|---|------|----------|---|---------|
| | | | | | referencia o herramienta que lo sustituya según la vigencia de la CIE. | |
| H12 | condicionDestinoUsuarioEgreso | Identificador para determinar la condición y destino del usuario al egreso de hospitalización. | C | 2 | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.</p> | 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 | <p>Debe ser igual a la causa básica de muerte registrada en el Certificado de defunción.</p> <p>Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto".</p> <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Versión |
|-----|-------------|--|------|--------|--|---------|
| H14 | fechaEgreso | Fecha y hora de egreso del usuario de hospitalización. | C | 16 | <p>En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del usuario.</p> <p>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.</p> <p>Se puede validar si la estancia fue menor a 6 horas.</p> | 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 |

3.1.3.5. DATOS DE RECIÉN NACIDO

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|--------------------------|--|------|--------|---|-----|
| 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 | <p>El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSNOREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS.</p> <p>El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado.</p> | 1 |
| N02 | tipoDocumentIdenticacion | Identificador del tipo de identificación del recién nacido de acuerdo con su documento de identificación. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "TipoldPISIS", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores:</p> <p>CN: Certificado de nacido vivo RC: Registro civil MS: Menor sin identificar</p> <p>En ningún caso el recién nacido debe carecer de documento de identificación.</p> <p>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 1133 de 2021 y se validará la estructura del número del documento de acuerdo con las consideraciones de estas normas.</p> | 1 |
| N03 | numDocumentIdenticacion | Corresponde al número del documento de identificación del recién nacido. | N | 4-20 | <p>Cuando el tipo de identificación sea MS: Menor sin identificar, se debe registrar el número según lo establecido en la Resolución 1133 de 2021.</p> <p>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</p> | 2 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|-------------------------------|---|------|---------|---|-----|
| | | | | | necesario informar los datos de la misma. | |
| 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). | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|-------------|---|------|--------|---|-----|
| | | | | | <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> | |
| N12 | fechaEgreso | Fecha y hora de egreso del recién nacido. | C | 16 | <p>En caso de muerte corresponderá a la fecha y hora de la muerte del recién nacido.</p> <p>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.</p> <p>La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.</p> | 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 |

3.1.3.6. DATOS DE MEDICAMENTOS

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | 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 | <p>El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoreps" para proveedores de tecnologías en salud o prestadores exceptuados del registro en REPS.</p> <p>El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentObligado.</p> | | 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 | <p>En caso de medicamentos financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES.</p> <p>Cuando el medicamento no requiera autorización se informa null.</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------------------------|--|------|---------|---|-----------------|---------|
| M03 | idMIPRES | Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de medicamentos financiados con presupuesto máximo. | C | 0-15 | <p>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.</p> <p>Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES.</p> | | 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 | <p>El diagnóstico principal para el caso de medicamentos debe ser por el cual se hace necesaria la formulación del medicamento.</p> <p>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).</p> <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>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.</p> | | 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 | <p>El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del usuario.</p> <p>Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.</p> <p>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.</p> | | 1 |
| M07 | tipoMedicamento | Identificador para determinar el tipo de medicamento de acuerdo con uso. | C | 2 | <p>Informar dato según tabla de referencia: "TipoMedicamentoPOSVersion2", en web.sispro.gov.co.</p> <p>Para la opción "03: Preparación magistral" genere un registro por cada uno de los principios activos.</p> <p>Si el medicamento es UNIRS se puede validar que se encuentre en el listado de UNIRS.</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|--------------------------|--|------|---------|---|--|---------|
| M08 | codTecnologiaSalud | Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes para medicamentos esenciales codificación vigente. | C | 1-20 | <p>El código del medicamento será el Identificador Único de Medicamento – IUM.</p> <p>Para los medicamentos que no cuentan con IUM se deberá registrar el Código Único de Medicamento – CUM.</p> <p>Para las preparaciones magistrales se deberá registrar el Código de la Denominación Común Internacional (DCI) de cada uno de los principios activos, según tabla de referencia: "Denominación Común Internacional (DCI)", disponible en web.sispro.gov.co.</p> <p>Se podrá validar la existencia del IUM o del CUM en las tablas de referencia: "IUM" o "CatalogoCUMs" respectivamente, en web.sispro.gov.co.</p> | | 2 |
| M09 | nomTecnologiaSalud | Descripción textual del medicamento en nombre genérico. | C | 0-30 | <p>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.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "Denominación Común Internacional (DCI)", disponible en web.sispro.gov.co.</p> | | 1 |
| M10 | concentracionMedicamento | Descripción de la concentración del medicamento indicando la cantidad del principio activo. | Ndl | 0-3 | <p>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.</p> | Se aclara que el valor del campo concentracionMedicamento al ser de tipo Numérico no puede ser diligenciado con null o vacío, para lo cual, de no tener valor se debe diligenciar 0. | 2 |
| M11 | unidadMedida | Unidad de medida del principio activo | N | 0-4 | <p>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.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "Unidad de Medida de Medicamento (UMM)", en web.sispro.gov.co.</p> | Se aclara que el valor del campo unidadMedida al ser de tipo Numérico no puede ser diligenciado con null o vacío, para lo cual, de no tener valor se debe diligenciar 0. | 2 |
| M12 | formaFarmaceutica | Código de la forma farmacéutica del medicamento. | C | 0, 6, 8 | <p>Registre para el caso de preparación magistral la forma farmacéutica del medicamento. Para los otros tipos de medicamentos puede informar null.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "FFM", en web.sispro.gov.co.</p> | | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | 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. Para preparación magistral, en cada registro de principio activo, debe registrarse la misma unidad de medida del medicamento preparado. Informar dato según tabla de referencia: "UPR", en web.sispro.gov.co . | | 2 |
| M14 | cantidadMedicamento | Cantidad de unidades mínimas del medicamento dispensadas o administradas. | N | 1-10 | Debe diligenciarse para todos los medicamentos facturados. Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de unidades del medicamento dispensadas o administradas en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0). | | 2 |
| 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). Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de días de tratamiento en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0). | | 2 |
| M16 | tipoDocumentoidentificacion | Tipo de documento de identificación de la persona que prescribió el medicamento. | C | 2 | Informar dato según tabla de referencia: "TipoldPISIS", 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 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|--------------------|--|------|--------|---|--|---------|
| 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). Para preparación magistral puede registrarse el valor unitario de cada principio activo utilizado en la preparación, o la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, caso en el cual se registra este valor en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0) | | 2 |
| 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). Para preparación magistral debe registrarse el valor total que corresponde a la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, este valor se diligencia en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0). Si el RIPS es sin Factura Electrónica de Venta – FEV en salud, informar cero (0) | | 2 |
| M20 | conceptoRecaudo | Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas. | C | 2 | Informar dato según tabla de referencia: "conceptoRecaudo", en web.sispro.gov.co . Solo aplican los siguientes valores: 02: Cuota moderadora 03: Pagos compartidos en planes voluntarios de salud 05: No aplica 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. | Se aclara que el valor de la opción de diligenciamiento de Cuota Moderadora corresponde a la opción 02, en razón a la actualización de la tabla "conceptoRecaudo" disponible en web.sispro.gov.co . | 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 o a varios principios activos en el caso de preparación magistral, deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los | | 3 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Nota de versión | Versión |
|-----|---------------------|---|------|--------|--|-----------------|---------|
| | | | | | registros de la orden o en uno de los principios activos registrados de la preparación magistral, en los demás registros de la orden o los demás principios activos de la preparación magistral, este campo se diligencia con 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. En facturas monousuario, el valor de la cuota moderadora estará limitado al valor del servicio menos un peso; en razón a que no es posible generar facturas con valores negativos. | | |
| 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 |

3.1.3.7. DATOS DE OTROS SERVICIOS

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|--------------|--|------|--------|---|-----|
| 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 numDocumentIdObligado. | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|---------------------------|--|------|--------|--|-----|
| S02 | numAutorizacion | Número asignado por la entidad responsable de pago y demás pagadores a los que aplique, para ordenar la prestación de servicios. | C | 0-30 | En caso de tecnologías de salud o servicios complementarios financiados con presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción en MIPRES. Cuando el servicio de salud no requiera autorización se deja el campo vacío. | 1 |
| S03 | idMIPRES | Corresponde al número de ID que se asigna a la entrega de tecnologías de salud financiados con presupuesto máximo. | N | 0-15 | Cuando el servicio no es financiado por presupuesto máximo se debe informar null a menos que el servicio sea solicitado a través de la herramienta MIPRES, en este caso debe informar el número de ID de entrega correspondiente. Se puede validar que el número de ID de entrega corresponda al registrado en MIPRES. | 1 |
| S04 | fechaSuministroTecnologia | Corresponde a la fecha y hora en la cual se realizó, 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 | En el diligenciamiento del campos S05, "tipoOS", sobre el identificador para determinar el tipo de otros servicios, cuando corresponda a la opción "01: Dispositivos médicos e insumos", en el campo S06, "codTecnologiaSalud", en atención a lo dispuesto en la Resolución 1405 de 2022, sobre la estandarización semántica y codificación de dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, se deberá dar uso del código IDM (Identificador del Dispositivo Médico asignado por la agencia emisora de códigos). En tanto el Ministerio de Salud y Protección Social y el INVIMA implementan dicha Resolución, los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS), pueden utilizar el código UDI (Unique Device Identifier) de los dispositivos médicos y reactivos de | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|--------------------|--|------|--------|--|-----|
| | | | | | <p>diagnóstico in vitro que cuenten con dicho código. En caso de no estar disponible el código UDI, el código del dispositivo médico e insumo debe corresponder al código usado por el facturador electrónico en salud.</p> <p>El código del traslado, transporte o estancia debe corresponder al código dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.</p> <p>El código de honorarios debe corresponder al código del procedimiento realizado por el personal de salud, dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.</p> <p>El código de servicios complementarios debe corresponder al código dado por la tabla de referencia MIPRES.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de otros servicios.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.</p> <p>El código CUPS puede corresponder al grupo de servicios informado.</p> <p>El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios registrada en la factura electrónica de venta.</p> <p>El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.</p> <p>El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.</p> <p>Informar dato según tabla de referencia: "CUPSRips", en web.sispro.gov.co.</p> | |
| S07 | nomTecnologiaSalud | Nombre del otro servicio. | C | 0, 60 | <p>Descripción del dispositivo médico e insumo de la entidad obligada a reportar.</p> <p>Si el tipo de otro servicio es diferente a "01: Dispositivos médicos e insumos" puede informar este campo como null.</p> | 1 |
| S08 | cantidadOS | Cantidad entregada de otros servicios. | N | 5 | <p>Para dispositivos médicos, insumos, traslados y servicios complementarios: informar en unidades.</p> <p>Para honorarios informar siempre 1. Solo se permite reportar 1</p> | 1 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|----------------------------|--|------|---------|--|-----|
| | | | | | honorario por procedimiento y por profesional de la salud. Para estancia informar la cantidad de días. | |
| S09 | tipoDocumentIdentificacion | Tipo de documento de identificación de la persona que ordena o realiza otros servicios. | C | 0, 2 | Informar dato según tabla de referencia: "TipoldPISIS", 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", "Servicios complementarios" y "Honorarios". | 1 |
| S10 | numDocumentIdentificacion | Corresponde al número del documento de identificación de la persona que ordena otros servicios. | C | 0, 4-20 | Este dato debe aplicar únicamente para los tipos de otros servicios: "Dispositivos médicos e insumos", "Servicios complementarios" y "Honorarios". | 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 |
| S13 | conceptoRecaudo | Tipo de pago moderador según el plan de beneficios o planes o pólizas adquiridas. | C | 2 | Informar dato según tabla de referencia: "conceptoRecaudo", en web.sispro.gov.co. Solo aplican los siguientes valores: 02: Cuota moderadora 03: Pagos compartidos en planes voluntarios de salud 05: No aplica 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 | 1-10 | Aplica únicamente para servicios ordenados en atenciones ambulatorias. | 2 |

| ID | Campo | Descripción | Tipo | Tamaño | Observaciones | Ver |
|-----|---------------------|---|------|--------|--|-----|
| | | | | | <p>Solamente se puede cobrar cuota moderadora a afiliados del régimen contributivo.</p> <p>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.</p> <p>Cuando no aplique cuota moderadora registrar cero (0).</p> <p>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.</p> | |
| 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. | | | <p>El tipo y tamaño del dato serán dados por las disposiciones de la DIAN.</p> <p>Cuando no aplique pago moderador se debe informar null.</p> | 1 |
| S16 | consecutivo | Número consecutivo que identifique el registro. | N | 1-7 | <p>Debe iniciar con el número uno (1) incrementando de uno en uno. No deben existir números idénticos repetidos.</p> | 1 |

3.2. CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES

En el presente aparte, se desarrollarán los lineamientos sobre las especificaciones técnicas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la adopción de los diferentes nomencladores (códigos y descripciones), que deberán ser utilizados para el reporte obligatorio para la información relacionada con los diagnósticos en su transición de la CIE-10 a la CIE-11, los dispositivos médicos de uso humano y reactivos de diagnóstico in vitro en la implementación de la Resolución 1405 de 2022 o la norma que lo modifique o sustituya, los medicamentos en las actualizaciones de la CUM o IUM, y en el caso de los procedimientos en la actualización anual de la Clasificación Única de Procedimiento en Salud -CUPS.

3.3. TABLAS DE REFERENCIA

Para el correcto diligenciamiento de los campos de datos definidos en el anexo técnico 1 de la Resolución 2275 de 2023, se establecen las siguientes tablas de referencia que dependiendo del campo, resultan transversales a todos los sistemas de información que maneja el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente los relacionados con los campos de datos relevantes para la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (Resolución 866 de 2021) y el relacionamiento y trazabilidad del RIPS con la FEV en salud.

En la siguiente sección se detalla el universo de las tablas de referencia a utilizar en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, de acuerdo a los objetos definidos para cada campo de datos asociados a ellas.

Tabla 1: Tablas definidas para FEV-RIPS

| # | Objeto | CodCampo | Campo | NombreTabla |
|---|---|--|------------------------------------|-------------------------|
| 1 | Transaccion | T03 | tipoNota | TipoNota |
| 2 | Usuario Consultas Procedimientos recienNacidos Medicamentos otrosServicios | U01 C15 P11 N02 M16 S09 | TipoDocumentoIdentificacion | TipoidPISIS |
| 3 | Usuario | U03 | TipoUsuario | RIPSTipoUsuarioVersion2 |
| 4 | Usuario recienNacidos | U05 N07 | codSexo codSexoBiologico | Sexo |
| 5 | Usuario | U06 U11 | codPaisResidencia codPaisOrigen | Pais |
| 6 | Usuario | U07 | codMunicipioResidencia | Municipio |
| 7 | Usuario | U08 | codZonaTerritorialResidencia | ZonaVersion2 |
| 8 | Usuario | U09 | incapacidad | LstSiNo |

| # | Objeto | CodCampo | Campo | NombreTabla |
|----|--|--|---|--------------------------------------|
| 9 | Consultas Procedimientos Urgencias Hospitalizaciones recienNacidos Medicamentos otrosServicios | C01 P01 R01 H01 N01 M01 S01 | codPrestador codPrestador codPrestador codPrestador codPrestador codPrestador codPrestador | IPSCodHabilitacion IPSNorePS |
| 10 | Consultas Procedimientos otrosServicios | C04 P05 | codConsulta codProcedimiento codTecnologiaSalud | CUPSRips |
| 11 | Consultas Procedimientos | C05 P07 | modalidadGrupoServicioTecSal | ModalidadAtencion |
| 12 | Consultas Procedimientos | C06 P08 | grupoServicios | GrupoServicios |
| 13 | Consultas Procedimientos | C07 P09 | codServicio | Servicios |
| 14 | Consultas Procedimientos | C08 P10 | finalidadTecnologiaSalud | RIPSPFinalidadConsultaVersion2 |
| 15 | Consultas Urgencias Hospitalizaciones | C09 R03 H05 | causaMotivoAtencion | RIPSCausaExternaVersion2 |
| 16 | Consultas Procedimientos Urgencias Hospitalizaciones Medicamentos | C10 C11 C12 C13 P13 P14 R04 P15 R05 R06 R07 R08 R10 H06 H07 H08 H09 H10 H11 H13 N09 N11 M05 M06 | codDiagnosticoPrincipal codDiagnosticoRelacionado1 codDiagnosticoRelacionado2 codDiagnosticoRelacionado3 codDiagnosticoRelacionado codComplicacion codDiagnosticoPrincipalE codDiagnosticoRelacionadoE1 codDiagnosticoRelacionadoE2 codDiagnosticoRelacionadoE3 codDiagnosticoCausaMuerte | CIE10 |
| 17 | Consultas | C14 | tipoDiagnosticoPrincipal | RIPSTipoDiagnosticoPrincipalVersion2 |
| 18 | Consultas Procedimientos Medicamentos otrosServicios | C18 P17 M20 S13 | conceptoRecaudo | conceptoRecaudo |
| 19 | Procedimientos Hospitalizaciones | P06 H02 | vialIngresoServicioSalud | VialIngresoUsuario |
| 20 | Urgencias Hospitalizaciones recienNacidos | R09 H12 N10 | condicionDestinoUsuarioEgreso | CondicionDestinoUsuarioEgreso |
| 21 | Medicamentos | M07 | tipoMedicamento | TipoMedicamentoPOSVersion2 |
| 22 | Medicamentos | M08 | codTecnologiaSalud | CatalogoCUMs IUM |
| 23 | Medicamentos | M09 | nomTecnologiaSalud | DCI |
| 24 | Medicamentos | M11 | unidadMedida | UMM |
| 25 | Medicamentos | M12 | formaFarmaceutica | FFM |

| # | Objeto | CodCampo | Campo | NombreTabla |
|----|----------------|----------|-------------------|--------------------|
| 26 | Medicamentos | M13 | unidadMinDispensa | UPR |
| 27 | otrosServicios | S05 | tipoOS | TipoOtrosServicios |

A su vez, la Resolución 2275 de 2023, mediante la cual se adoptan los campos de datos del sector salud, adicionales a la generación de la FEV en salud, necesarios para el relacionamiento del RIPS como soporte de la FEV, dispone de las siguientes tablas de referencia:

| # | Tabla | Ubicación | NombreTabla |
|---|-----------------|----------------|-----------------|
| 1 | modalidadPago | En XML de DIAN | modalidadPago |
| 2 | coberturaPlan | En XML de DIAN | coberturaPlan |
| 3 | conceptoRecaudo | En XML de DIAN | conceptoRecaudo |
| 4 | TipoldPISIS | En XML de DIAN | TipoldPISIS |

Las opciones de diligenciamiento y el detalle de los valores permitidos para cada una de las tablas, puede consultarse en el archivo "Tablas FEV-RIPS" dispuesto en el micrositio del proyecto FEV-RIPS en el siguiente enlace:

<https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>

De igual manera, en la tabla 2: Accesos directos a las tablas de FEV-RIPS, se adjuntan los enlaces electrónicos para acceder a cada una de ellas.

Tabla 2: Accesos directos a las tablas de FEV-RIPS

| # | Referencia | NOMBRE DE TABLA | ENLACE DE DESCARGA EN web.sispro.gov.co |
|-------|------------|-------------------------|---|
| TB 01 | RIPS | TipoNota | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoNota |
| TB 02 | RIPS | TipoldPisis | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoldPisis |
| TB 03 | RIPS | RIPSTipoUsuarioVersion2 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSTipoUsuarioVersion2 |
| TB 04 | RIPS | Sexo | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Sexo |
| TB 05 | RIPS | Pais | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais |
| TB 06 | RIPS | Municipio | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Municipio |
| TB 07 | RIPS | Zona | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Zona |
| TB 08 | RIPS | LstSiNo | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=LstSiNo |

| # | Referencia | NOMBRE DE TABLA | ENLACE DE DESCARGA EN web.sispro.gov.co |
|-------|------------|--------------------------------------|---|
| TB 09 | RIPS | IPSnoREPS | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=IPSnoREPS |
| TB 10 | RIPS | GrupoServicios | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=GrupoServicios |
| TB 11 | RIPS | Servicios | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Servicios |
| TB 12 | RIPS | RIPSFinalidadConsultaVersion2 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSFinalidadConsultaVersion2 |
| TB 13 | RIPS | RIPSCausaExternaVersion2 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSCausaExternaVersion2 |
| TB 14 | RIPS | CIE10 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=cie10 |
| TB 15 | RIPS | RIPSTipoDiagnósticoPrincipalVersion2 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSTipoDiagnosticoPrincipalVersion2 |
| TB 16 | RIPS | TipoPagoCompartido | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoPagoCompartido |
| TB 17 | RIPS | VialIngresoUsuario | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=VialIngresoUsuario |
| TB 18 | RIPS | ModalidadAtencion | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=ModalidadAtencion |
| TB 19 | RIPS | IPSCodHabilitacion | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=IPSCodHabilitacion |
| TB 20 | RIPS | CondicionyDestinoUsuarioEgreso | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=CondicionyDestinoUsuarioEgreso |
| TB 21 | RIPS | TipoMedicamentoPOSVersion2 | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoMedicamentoPOSVersion2 |
| TB 22 | RIPS | IUM | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=IUM |
| TB 23 | RIPS | DCI | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=DCI |
| TB 24 | RIPS | FFM | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=FFM |
| TB 25 | RIPS | UPR | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=UPR |
| TB 26 | RIPS | TipoOtrosServicios | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoOtrosServicios |
| TB 27 | RIPS | UMM | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=UMM |
| TB 28 | RIPS | CupsRIPS | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=CUPSRips |
| TB 29 | RIPS | ModalidadPago | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=ModalidadPago |

| # | Referencia | NOMBRE DE TABLA | ENLACE DE DESCARGA EN web.sispro.gov.co |
|-------|------------|-------------------|---|
| TB 30 | RIPS | CoberturaPlan | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=coberturaPlan |
| TB 31 | RIPS | conceptoRecaudo | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=conceptoRecaudo |
| TB 32 | RIPS | CUPSCIE | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=CUPSCIE |
| TB 33 | RIPS | CUPSGrServicio | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=CUPSGrServicio |
| TB 34 | RIPS | FinalidadSexoEdad | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=FinalidadSexoEdad |
| TB 35 | RIPS | FinalidadCUPS | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=FinalidadCUPS |
| TB 36 | FEV | coberturaPlan | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=coberturaPlan |
| TB 37 | FEV | TipoldPISIS | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=TipoldPISIS |
| TB 38 | FEV | modalidadPago | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=modalidadPago |
| TB 30 | FEV | conceptoRecaudo | https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=conceptoRecaudo |

CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN DE LOS DATOS

4.1. MECANISMO DE VALIDACIÓN

El Ministerio dispondrá de dos alternativas de solución tecnológica para realizar el proceso de validación de los documentos electrónicos junto con los RIPS (JSON) como soporte de la FEV en salud (contenedor electrónico DIAN), estas soluciones tecnológicas se detallan a continuación.

Sobre el contenedor electrónico DIAN, debe precisarse que este incluye el documento electrónico transmitido a la DIAN (factura electrónica, nota crédito o nota débito, según corresponda), y el documento de aprobación por parte de la DIAN “ApplicationResponse”. Para su transmisión a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, no debe realizarse ninguna modificación a este conjunto de documentos.

4.1.1. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR

Esta solución va dirigida a facturadores electrónicos del sector salud o entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, que no tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio y que para su utilización requieren de la transmisión manual, individual o múltiple, del conjunto de archivos de información.

Nota: El funcionario del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social (www.MiseguridadSocial.gov.co), consultar el documento “*GUÍA DE AUTENTICACIÓN*”, donde se encuentran los detalles para adelantar el registro e instalación de la solución tecnológica, y los requerimientos mínimos para su implementación.

Esta solución se compone de 8 módulos de validación que deberán utilizarse dependiendo de la necesidad y el momento de transmisión del conjunto de información que se requiera, y que corresponden a:

4.1.1.1. MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

El módulo de factura electrónica de venta -FEV permite la transmisión de la FEV en salud junto con el RIPS soporte.

Las ejemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al conjunto de información de factura electrónica de venta – FEV - en salud (archivo en formato XML) y RIPS (archivo en formato JSON), que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas de estructura, contenido y relación dispuestas en los anexo 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de facturación y generación de documentos electrónicos relacionados con la factura (NC/ND) y notas de ajustes, para las siguientes modalidades de pago:

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Vale resaltar que, estas ejemplificaciones permiten identificar el detalle de la generación de los archivos incluyendo una cantidad acotada de usuarios y servicios para cada modalidad de pago, que podrá variar en la medida de la necesidad del facturador electrónico del sector salud, que podrá elaborar facturas monousuario o multiusuario y sus RIPS soporte.

4.1.1.2. MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL.

El módulo de nota crédito total permite transmitir la nota crédito total asociada a una FEV en salud. Este módulo no requiere la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota crédito total.

Las ejemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al XML de la nota crédito, que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas dispuestas en el anexo 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de generación del documento electrónico tipo nota crédito total.

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Nota: En la generación de la nota crédito total, los valores de los recaudos de pagos moderadores/anticipos informados en la FEV no se deberán reportar, en la medida en que el resultado de la operación corresponde a la anulación de la FEV y de los valores involucrados en la misma.

4.1.1.3. MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL.

El módulo de nota crédito parcial permite transmitir la nota crédito que afecta parcialmente una FEV en salud.

Este módulo requiere adicional a la nota crédito parcial, la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota crédito parcial. Este RIPS contiene únicamente los registros de servicios aceptados en glosa y su valor.

Las ejemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al conjunto de información de Nota crédito parcial (archivo en formato XML) y RIPS (archivo en formato JSON), que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas de estructura, contenido y relación dispuestas en los anexo 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de NC parcial y generación de documentos electrónicos relacionados con la factura (NC/ND) y notas de ajustes, para las siguientes modalidades de pago:

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Nota: En la generación de la NC parcial, los valores de los recaudos de pagos moderadores/anticipos informados en la FEV no se deberán reportar ni modificar, en razón a que dichos valores fueron legalizados al ser incluidos en la FEV en salud inicialmente validada.

4.1.1.4. MÓDULO NOTA DÉBITO

El módulo de nota débito del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de nota débito que afecta una FEV en salud que fue radicada y sobre la cual procede el reconocimiento de un mayor valor al inicialmente facturado. Este módulo requiere la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota débito.

4.1.1.5. MÓDULO NOTA AJUSTE DE RIPS

El módulo de nota ajuste de RIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS asociado a una FEV en salud que fue radicada, para actualizar el RIPS inicialmente presentado como soporte de la misma, en los casos de campos de datos objeto de glosa relacionada con su contenido, y en los cuales no se afecta el valor monetario de la factura. Este módulo requiere únicamente la transmisión del archivo RIPS.

4.1.1.6. MÓDULO RIPS SIN FACTURA

El módulo de RIPS sin factura del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS que deben reportar las entidades con objeto social diferente a la

prestación de servicios en salud y las demás entidades como universidades y centro de investigación que realizan actividades de salud obligadas a reportar RIPS que no facturan estas actividades.

4.1.1.7. MÓDULO FACTURA O NOTA CRÉDITO SIN RIPS

El módulo de factura o nota crédito sin RIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las FEV en salud que en los casos que no corresponda no generan RIPS.

4.1.1.8. MÓDULO FACTURA CAPITA

El módulo de Facturación por Cápita del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las facturas que fueron generadas bajo esta modalidad. Este módulo no requiere la transmisión de un archivo RIPS para su primer envío.

4.1.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES

Esta solución va dirigida a facturadores electrónicos del sector salud o a entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, que tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, para permitirles la transmisión automatizada de múltiples conjuntos de archivos de información.

Nota: El funcionario del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social (www.MiseguridadSocial.gov.co), consultar el documento “*GUIA DE AUTENTICACIÓN MECANISMO ÚNICO DE VALIDACION DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD PLATAFORMA CLIENTE/SERVIDOR*”, donde se encuentran los detalles para adelantar el registro e instalación de la solución tecnológica, y los requerimientos mínimos para su implementación.

Esta solución se compone de 8 módulos de validación que deberán utilizarse dependiendo de la necesidad y el momento de transmisión del conjunto de información que se requiera, y que corresponden a:

4.1.2.1. MÉTODO CARGARFEVRIPS

El método cargaFEVRIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de FEV- en salud junto con el RIPS soporte, como trámite previo a la radicación de la factura mediante la cual se realiza el cobro de las atenciones realizadas.

4.1.2.2. MÉTODO CARGARNCREDITOTOTAL

El método CargaNCreditoTotal del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas créditos totales asociadas a anulación/afectación a la factura electrónica de venta referenciada las cuales no requieren la transmisión de los RIPS, en todo caso al ser transmitido los RIPS el sistema no generará rechazo y marcará dicha factura como anulación/afectación total.

4.1.2.3. MÉTODO CARGARNCREDITO

El método cargarNCredito del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas créditos que afectan parcialmente la factura electrónica referenciada y que han sido producto de las glosas conciliadas. Para este módulo se requiere sea transmitida la nota crédito junto con los RIPS que soportan esta operación.

4.1.2.4. MÉTODO CARGARNDEBITO

El método CargaNDebito del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas debito que afectan la factura electrónica referenciada. Para este módulo se requiere ser transmitida la nota debito junto con los RIPS que soportan esta operación.

4.1.2.5. MÉTODO CARGARNAJUSTE

El método CargaNAjuste del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS asociado a una FEV en salud que fue radicada, para actualizar el RIPS inicialmente presentado como soporte de esta, en los casos de campos de datos objeto de glosa relacionada con su contenido, y en los cuales no se afecta el valor monetario de la factura. Este módulo requiere únicamente la transmisión del archivo RIPS.

4.1.2.6. MÉTODO CARGARRIPSSINFACTURA

El método CargarRipsSinFactura está habilitado para las empresas con objeto social diferente a la Prestación de Servicios en Salud, o los prestadores del Régimen Especial o de Excepción y otras, como universidades y centro de investigación que realizan actividades de salud (consultas de seguimiento a pacientes en estudios de investigación, aplicación de biológicos o medicamentos) que no facturan.

4.1.2.7. MÉTODO FEVNC SINRIPS

El método FEVSinRIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las FEV en salud que en los casos que no corresponda la no generan RIPS.

4.1.2.8. MÉTODO FEV CAPITA

El método FEVCapita del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las FEV en salud cuando estas fueron elaboradas bajo esta modalidad de contratación.

4.2. ESTRUCTURA DEL ARCHIVO.

La estructura de los archivos que deben ser transmitidos al interior del mecanismo al Ministerio, para cada una de las soluciones tecnológicas expuestas por el Ministerio, debe corresponder a la siguiente:

Nota: La nominación de las carpetas deberá realizarla libremente cada facturador electrónico del sector salud o las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, guardando el orden interno que desee darle, no obstante, el mecanismo único de validación verificará la no existencia de nombres de carpetas repetidos, así mismo, que no se transmitan archivos repetidos (XML o JSON).

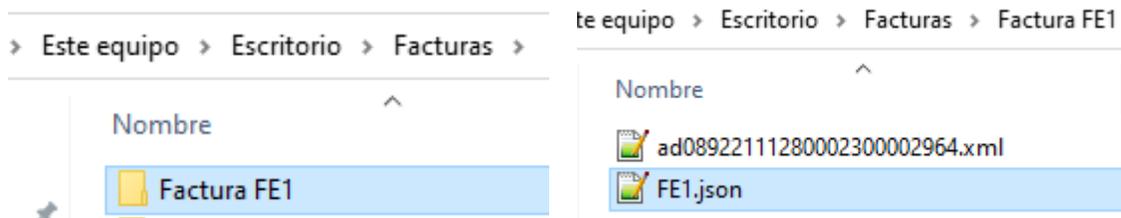
4.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR.

4.2.1.1. MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA.

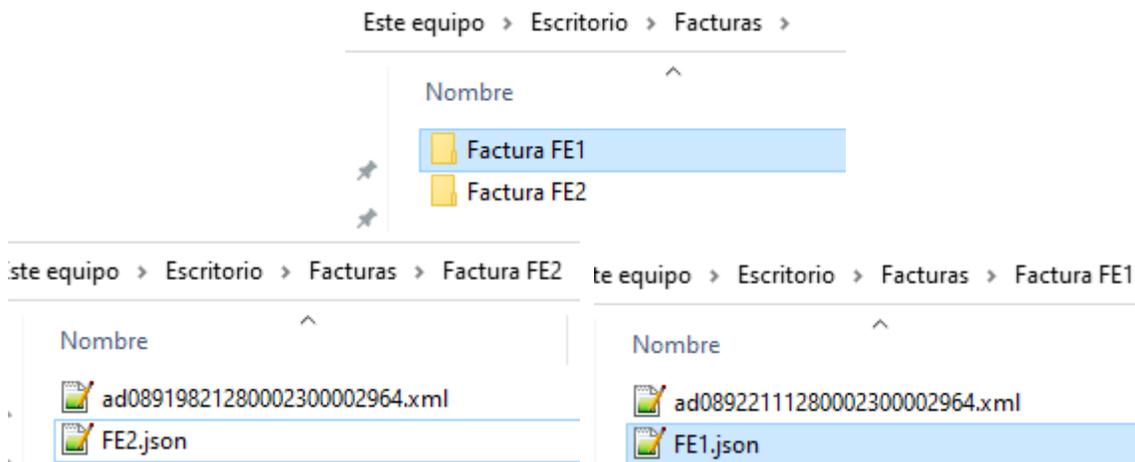
El mecanismo único de validación espera recibir los siguientes archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico DIAN "AttachedDocument" que contiene la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y el ApplicationResponse.
2. El documento JSON que corresponde al archivo que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

Estos documentos deben estar contenidos dentro de una misma carpeta, la cual no debe estar en formato comprimido (.zip).



En caso de requerir transmitir múltiples facturas y su RIPS soporte, se deberá cargar una carpeta que en su interior contenga las N cantidad de subcarpetas de cada conjunto de información (FEV en salud y RIPS), respetando la estructura anteriormente informada para cada factura.

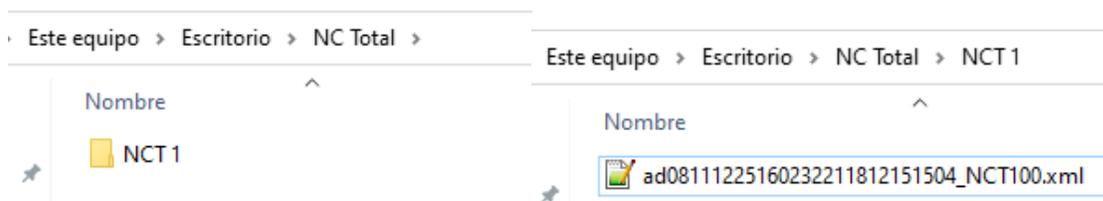


4.2.1.2. MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL

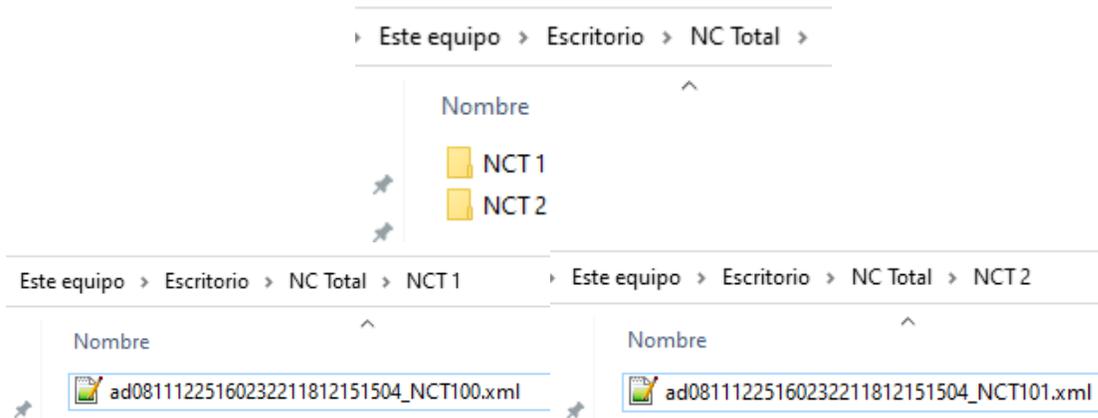
El mecanismo único de validación espera recibir el siguiente archivo para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico "AttachedDocument" que contiene la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y el ApplicationResponse.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

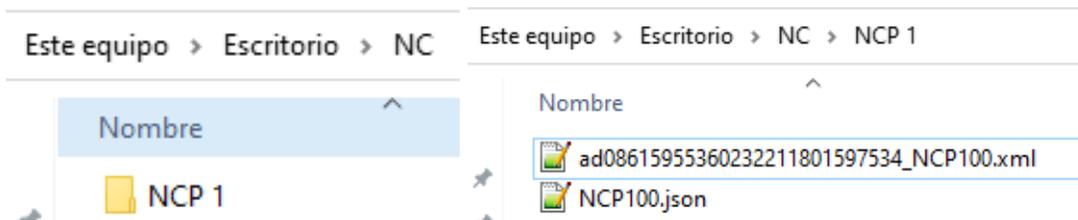


4.2.1.3. MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL

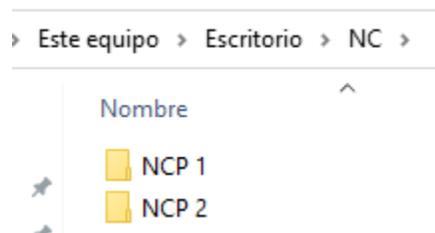
El mecanismo único de validación espera recibir los siguientes archivos para realizar el proceso de validación.

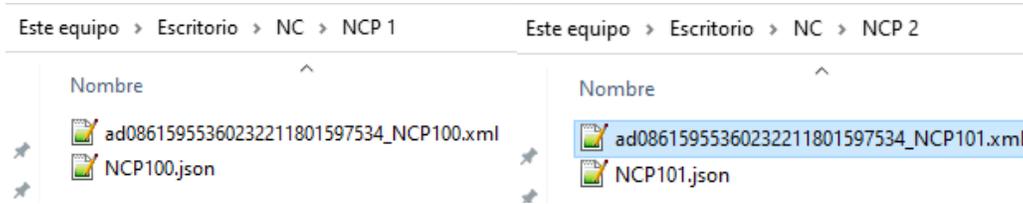
1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la nota crédito.
2. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud objeto de nota crédito parcial.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.



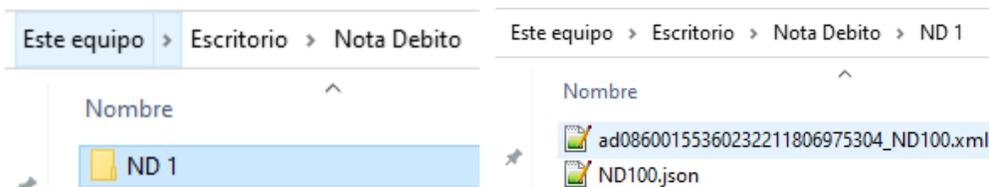


4.2.1.4. MÓDULO NOTAS DÉBITO

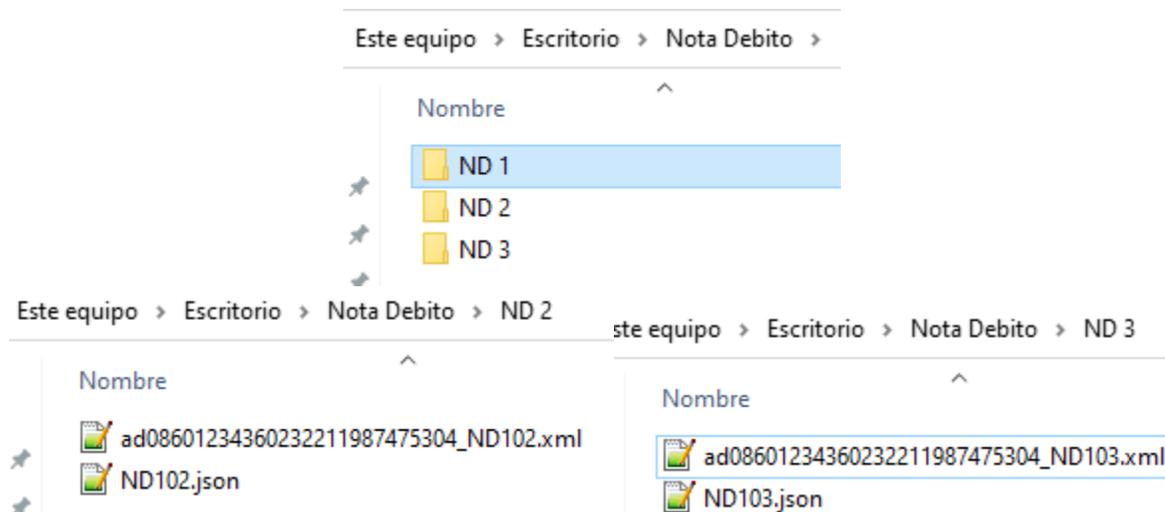
El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

2. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la nota débito.
3. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Nota debito

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

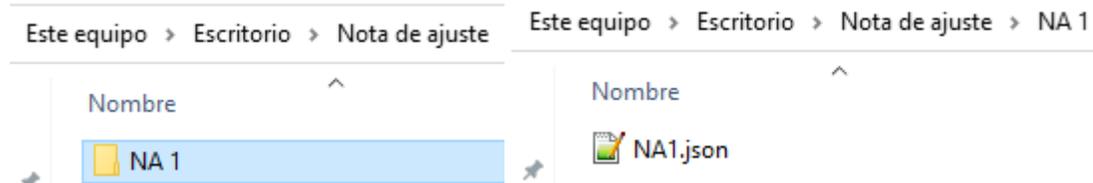


4.2.1.5. MÓDULO NOTA AJUSTE DE RIPS

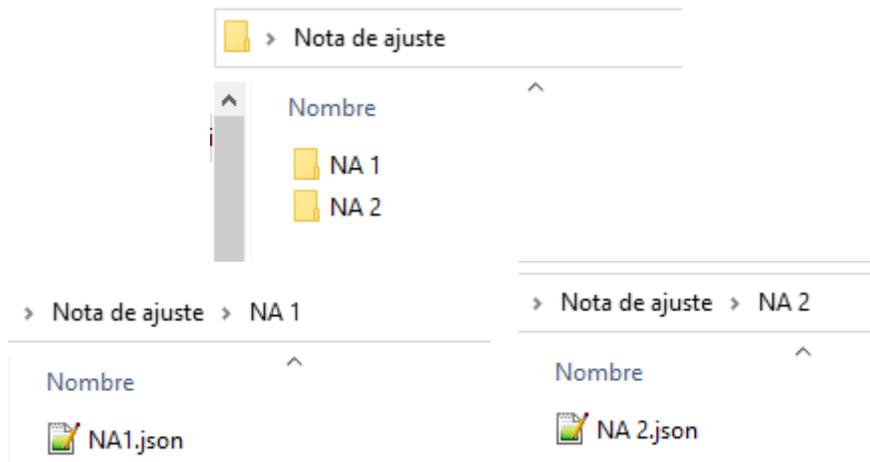
El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

4. El documento JSON que corresponde al archivo que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud objeto de nota ajuste de RIPS.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.



4.2.1.6. MÓDULO RIPS SIN FACTURA

El mecanismo de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

5. El documento JSON que corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.

| Nombre | Fecha de modificación | Tipo |
|------------------|-----------------------|--------|
| RipsSinFE_1.json | 1/11/2023 8:38 p. m. | Archiv |

Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener **N** cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

| Nombre | Fecha de modificación | Tipo |
|-------------|-----------------------|--------------|
| RipsSinFE_1 | 1/11/2023 8:40 p. m. | Carpeta de a |
| RipsSinFE_2 | 1/11/2023 8:40 p. m. | Carpeta de a |

| Nombre | Fecha de modificación | Tipo |
|------------------|-----------------------|--------------|
| RipsSinFE_1.json | 1/11/2023 8:38 p. m. | Archivo JSON |

| Nombre | Fecha de modificación |
|------------------|-----------------------|
| RipsSinFE_2.json | 1/11/2023 8:38 p. m. |

4.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES

4.2.2.1. MÉTODO CARGAFEV

El método **cargaFEV** espera recibir los siguientes parámetros para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Factura electrónica de venta en sector salud.
- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes con el contenedor electrónica DIAN “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta en sector salud.

4.2.2.2. MÉTODO CARGARNCREDITO

El método **cargaNCredito** espera recibir los siguientes parámetros para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Nota crédito
- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN “AttachedDocument” de la nota crédito

4.2.2.3. MÉTODO CARGARNCREDITOTOTAL

El método **cargaNCreditoTotal** espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio:

- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN “AttachedDocument” de la nota crédito

4.2.2.4. MÉTODO CARGARNDEBITO

El método **cargaNDebito** espera recibir los siguientes parámetros para para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.
- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN “AttachedDocument” de la nota débito

4.2.2.5. MÉTODO CARGARNAJUSTE

El método **CargarNAjuste** espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.

4.2.2.6. MÉTODO CARGARRIPSSINFACTURA

El método **CargaRIPSSinFactura** espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.

4.3. PROCESO DE VALIDACIÓN DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD

El Mecanismo único de validación del Ministerio implementará las reglas dispuestas en la Resolución 2275 de 2023 descritas en el numeral 3 Generación de los datos. Estas reglas están divididas por notificaciones (N) y rechazos (R) las cuales están descritas con las columnas **Regla** y **Mensaje**, donde el sistema retornara la regla y el rechazo el código de la regla descrita en la columna **ID Validación**. Así mismo se informa el detalle de los campos en el numeral 4.5 de este documento.

4.4. EJEMPLOS ESPECIFICOS DE RIPS

Las siguientes ejemplificaciones corresponden a una estructura de RIPS que se va a recibir por parte del Ministerio de salud, detallando la utilización de los diferentes servicios que deben ser diligenciados según las atenciones brindadas. Los datos utilizados en las siguientes ejemplificaciones pueden no corresponder a datos validos por lo cual les recomendamos validar la composición de los datos expuestos según se determina en la Resolución 2275 de 2023.

4.4.1. PREPARACIONES MAGISTRALES

```
{
  "numDocumentIdObligado": "530520110",
  "numFactura": "FESS1000",
  "numNota": null,
  "tipoNota": null,
  "usuarios": [
    {
      "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
      "numDocumentIdentificacion": "8567893",
      "tipoUsuario": "12",
      "fechaNacimiento": "1983-06-24",
      "codSexo": "M",
      "codPaisResidencia": "170",
      "codPaisOrigen": "170",
      "codMunicipioResidencia": "05667",
      "codZonaTerritorialResidencia": "02",
      "incapacidad": "NO",
      "consecutivo": 1,
      "servicios": {
        "medicamentos": [
          {
            "codPrestador": "192030405001",
            "numAutorizacion": "935-371000000",
            "idMIPRES": null,
            "fechaDispensAdmon": "2024-02-05 10:00",
            "codDiagnosticoPrincipal": "C169",
            "codDiagnosticoRelacionado": null,
            "tipoMedicamento": "03",
            "codTecnologiaSalud": "816",
            "nomTecnologiaSalud": "DEXAMETASONA FOSFATO 1 ml",
            "concentracionMedicamento": 41,
            "unidadMedida": 168,
            "formaFarmaceutica": "C42914",
            "unidadMinDispensa": 1,
            "cantidadMedicamento": 1,
            "diasTratamiento": 30,
            "tipoDocumentIdentificacion": "CC",
            "numDocumentIdentificacion": "25709045",

```

```
"vrUnitMedicamento":335066,  
"vrServicio":335066,  
"conceptoRecaudo":"05",  
"valorPagoModerador":0,  
"numFEVPagoModerador":null,  
"consecutivo":1  
},  
{  
"codPrestador":"192030405001",  
"numAutorizacion":"935-371000000",  
"idMIPRES":null,  
"fechaDispensAdmon":"2024-02-05 10:00",  
"codDiagnosticoPrincipal":"C169",  
"codDiagnosticoRelacionado":null,  
"tipoMedicamento":"03",  
"codTecnologiaSalud":"6060",  
"nomTecnologiaSalud":"ACEFURATO DE DEXAMETASONA",  
"concentracionMedicamento":255,  
"unidadMedida":168,  
"formaFarmaceutica":"C42914",  
"unidadMinDispensa":1,  
"cantidadMedicamento":0,  
"diasTratamiento":0,  
"tipoDocumentoIdentificacion":"CC",  
"numDocumentoIdentificacion":"25709045",  
"vrUnitMedicamento":0,  
"vrServicio":0,  
"conceptoRecaudo":"05",  
"valorPagoModerador":0,  
"numFEVPagoModerador":null,  
"consecutivo":2  
},  
{  
"codPrestador":"192030405001",  
"numAutorizacion":"935-371000000",  
"idMIPRES":null,  
"fechaDispensAdmon":"2024-02-05 10:00",  
"codDiagnosticoPrincipal":"C169",  
"codDiagnosticoRelacionado":null,  
"tipoMedicamento":"03",  
"codTecnologiaSalud":"8632",  
"nomTecnologiaSalud":"CIPECILATO DE DEXAMETASONA",  
"concentracionMedicamento":150,  
"unidadMedida":168,  
"formaFarmaceutica":"COLFF003",  
"unidadMinDispensa":1,  
"cantidadMedicamento":0,  
"diasTratamiento":0,  
"tipoDocumentoIdentificacion":"CC",  
"numDocumentoIdentificacion":"25709045",  
"vrUnitMedicamento":0,
```

```
"vrServicio":0,  
"conceptoRecaudo":"05",  
"valorPagoModerador":0,  
"numFEVPagoModerador":null,  
"consecutivo":3  
},  
{  
"codPrestador":"192030405001",  
"numAutorizacion":"935-371000000",  
"idMIPRES":null,  
"fechaDispensAdmon":"2024-02-05 10:00",  
"codDiagnosticoPrincipal":"C169",  
"codDiagnosticoRelacionado":null,  
"tipoMedicamento":"03",  
"codTecnologiaSalud":"3846",  
"nomTecnologiaSalud":"CIMEPANOL",  
"concentracionMedicamento":50,  
"unidadMedida":176,  
"formaFarmaceutica":"C42914",  
"unidadMinDispensa":1,  
"cantidadMedicamento":0,  
"diasTratamiento":0,  
"tipoDocumentoIdentificacion":"CC",  
"numDocumentoIdentificacion":"25709045",  
"vrUnitMedicamento":0,  
"vrServicio":0,  
"conceptoRecaudo":"05",  
"valorPagoModerador":0,  
"numFEVPagoModerador":null,  
"consecutivo":4  
},  
{  
"codPrestador":"192030405001",  
"numAutorizacion":"935-371000790",  
"idMIPRES":null,  
"fechaDispensAdmon":"2024-02-23 09:00",  
"codDiagnosticoPrincipal":"C169",  
"codDiagnosticoRelacionado":null,  
"tipoMedicamento":"03",  
"codTecnologiaSalud":"7846",  
"nomTecnologiaSalud":"TEZOSENTAN",  
"concentracionMedicamento":500,  
"unidadMedida":176,  
"formaFarmaceutica":"C42914",  
"unidadMinDispensa":1,  
"cantidadMedicamento":30,  
"diasTratamiento":30,  
"tipoDocumentoIdentificacion":"CC",  
"numDocumentoIdentificacion":"25709045",  
"vrUnitMedicamento":98000,  
"vrServicio":98000,
```

```
"conceptoRecaudo": "05",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": null,
"consecutivo": 5
},
{
"codPrestador": "192030405001",
"numAutorizacion": "935-371000790",
"idMIPRES": null,
"fechaDispensAdmon": "2024-02-23 09:00",
"codDiagnosticoPrincipal": "C169",
"codDiagnosticoRelacionado": null,
"tipoMedicamento": "03",
"codTecnologiaSalud": "846",
"nomTecnologiaSalud": "CARBAZOCROMO SULFONATO DE SODIO",
"concentracionMedicamento": 1000,
"unidadMedida": 176,
"formaFarmaceutica": "C42914",
"unidadMinDispensa": 1,
"cantidadMedicamento": 0,
"diasTratamiento": 0,
"tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
"numDocumentoIdentificacion": "25709045",
"vrUnitMedicamento": 0,
"vrServicio": 0,
"conceptoRecaudo": "05",
"valorPagoModerador": 0,
"numFEVPagoModerador": null,
"consecutivo": 6
},
{
"codPrestador": "192030405001",
"numAutorizacion": "935-371000790",
"idMIPRES": null,
"fechaDispensAdmon": "2024-02-23 09:00",
"codDiagnosticoPrincipal": "C169",
"codDiagnosticoRelacionado": null,
"tipoMedicamento": "03",
"codTecnologiaSalud": "2846",
"nomTecnologiaSalud": "ETIFOXINA",
"concentracionMedicamento": 500,
"unidadMedida": 176,
"formaFarmaceutica": "C42914",
"unidadMinDispensa": 1,
"cantidadMedicamento": 0,
"diasTratamiento": 0,
"tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
"numDocumentoIdentificacion": "25709045",
"vrUnitMedicamento": 0,
"vrServicio": 0,
"conceptoRecaudo": "05",
```

```
"valorPagoModerador":0,  
"numFEVPagoModerador":null,  
"consecutivo":7  
},  
{  
  "codPrestador":"192030405001",  
  "numAutorizacion":"935-371000790",  
  "idMIPRES":null,  
  "fechaDispensAdmon":"2024-02-23 09:00",  
  "codDiagnosticoPrincipal":"C169",  
  "codDiagnosticoRelacionado":null,  
  "tipoMedicamento":"03",  
  "codTecnologiaSalud":"1846",  
  "nomTecnologiaSalud":"CLORETATO",  
  "concentracionMedicamento":1,  
  "unidadMedida":168,  
  "formaFarmaceutica":"C42914",  
  "unidadMinDispensa":1,  
  "cantidadMedicamento":0,  
  "diasTratamiento":0,  
  "tipoDocumentoIdentificacion":"CC",  
  "numDocumentoIdentificacion":"25709045",  
  "vrUnitMedicamento":0,  
  "vrServicio":0,  
  "conceptoRecaudo":"05",  
  "valorPagoModerador":0,  
  "numFEVPagoModerador":null,  
  "consecutivo":8  
}  
]  
}  
]  
}
```

4.5. RESULTADOS

Una vez validado los documentos a través de alguno de los mecanismos descritos sobre este capítulo el sistema generará mensajes de notificación y/o rechazo cuando aplique, los cuales se dividen en:

4.5.1. VALIDACIONES GENERALES DEL RIPS.

Las validaciones generales corresponden a la aplicación de las reglas de estructura del RIPS las cuales se divide en:

4.5.1.1. ESTRUCTURA Y SINTAXIS

La validación de la estructura de los RIPS en formato JSON se lleva a cabo mediante la implementación de "Schema de validación JSON". Estos esquemas permiten describir con precisión la estructura y las restricciones que deben cumplir los datos en formato JSON. Proporcionan un conjunto de reglas detalladas, especificando las propiedades necesarias, los tipos de datos permitidos, restricciones en los valores y más.

Los JSON Schema son esenciales para garantizar la integridad de los datos JSON, asegurando que cumplan con criterios predefinidos y la sintaxis del estándar establecido.

| 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 y demás documentos electrónicos. | Los datos de RIPS no coinciden con los informados en la factura electrónica de venta y demás documentos electrónicos. | 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 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido M07 – Cuando se informan preparaciones magistrales (tipoMedicamento (M07) = "03") el conjunto de propiedades (numAutorizacion (M02), fechaDispensAdmon (M04), unidadMinDispensa (M13), tipoMedicamento (M07), debe registrarse en más de un objeto del tipo de servicio Medicamentos, donde el conjunto de propiedades mencionadas coincida en sus valores, ya que una preparación magistral es un tipo de medicamento que siempre se compone de más de un principio activo que se entrega bajo una misma autorización, en la misma fecha y hora y en la misma y única unidad mínima de dispensación | 2 |

| ID Validación | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|---|--|--|---------|
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M10 Debe existir un valor diferente a null / Vacío / 0 para el caso que sea identificado el tipoMedicamento como "03" preparación magistral | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M11 El valor informado no corresponde a un valor de la tabla UMM | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M12 El dato informado de la tabla FFM no es igual en todos los principios activos que componen la fórmula magistral | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M12 El valor informado no corresponde a un valor de la tabla FFM | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M13 El dato informado de la tabla UPR no es igual en todos los principios activos que componen la fórmula magistral | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M13 El código informado para la unidad de medida del principio activo no corresponde a un código de la tabla UPR | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M14 Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de unidades del medicamento dispensadas o administradas en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0). | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M15 Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de días de tratamiento en solo uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0) | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M18 Para preparación magistral puede registrarse el valor unitario de cada principio activo utilizado en la preparación, o la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, caso en el cual se registra este valor en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0) | 2 |
| | | | El dato informado no corresponde al contenido requerido – M19 Para preparación magistral debe registrarse el valor total que corresponde a la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, este valor se diligencia en solo uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0) | 2 |
| 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 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 | El profesional no se encuentra registrado en RETHUS o inscrito en la plataforma MIPRES. | 1 |

| ID Validación | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|---|--|---|---------|
| | | profesionales que se encuentran prestando el servicio social obligatorio provisional. | | |
| 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 |

4.5.2. VALIDACIONES POR CAMPO DEL RIPS

Las validaciones por campo corresponden a la verificación de la información con respecto a listas de valores que se exponen en cada uno de estos campos, así como validaciones cruzadas que se realizan dentro del mismo documento con otros campos informados, las cuales se dividen en:

1. Coincidencia con Factura de Venta Electrónica.

Una vez superada la validación estructural mediante la implantación del "Schema de validación JSON", procedemos a validar los datos compartidos entre los RIPS y la Factura de Venta Electrónica.

2. Referencia de Datos.

Después de superar las validaciones previas, se realiza la verificación de las propiedades donde sus valores deben existir en las tablas de referencia de datos. Esto garantiza la coherencia y la congruencia de los datos en relación con las fuentes de referencia.

3. Correlacionadas.

La validación de propiedades correlacionadas se refiere a aquellas cuyos valores dependen de otras propiedades para su validación. Por ejemplo, se verifica que la fecha de nacimiento sea anterior a la fecha actual. Esta línea de validación asegura la coherencia lógica y temporal de los datos.

4. Coherencia entre Propiedades y Objetos.

Una vez superadas todas las líneas de validación anteriores, se realiza la validación de coherencia entre los valores de las propiedades y los objetos (servicios). Por ejemplo, se verifica que, si el RIPS

registra datos de nacimientos, se detallan procedimientos relacionados con el parto y viceversa. Esta etapa final asegura la consistencia global de los datos dentro del contexto del sistema RIPS.

| 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 Régimen 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 | 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 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|-----------------------------------|---|--|---|---------|
| | | | exceptuados del registro en REPS. | | |
| 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 numDocumentoldObligado . | 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 |
| 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 un 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 un 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 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|--|---|--|---|---------|
| 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, R06, R07, R08, R10, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H13, N09, N11, M05, M06 | N | El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del paciente. | El código CIE no corresponde al sexo a la edad del paciente. | 1 |
| RVC029 | C10, C11, C12, C13, R04, R05, H06, H07 | N | El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado. | El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS de la consulta. | 1 |
| RVC030 | P13, P14 | N | El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado. | El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS del procedimiento. | 1 |
| RVC031 | C10, P13, P15, R04, R05, 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 | N | Solamente se puede cobrar pago moderador a afiliados del régimen contributivo. | El cobro del pago moderador solamente aplica a pacientes del régimen contributivo. | 2 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|--------------------|---|---|--|-----------|
| RVC036 | C19, P18, M21, S14 | 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 muerto". | 1 |
| RVC043 | R11, H14, N12 | R | La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS. | La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora actual. | 1 |
| RVC044 | R11, H14, N12 | R | La fecha y hora de egreso no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta. | La fecha de egreso se encuentra por fuera del periodo de facturación. | 1 |
| RVC045 | N04 | R | La fecha y hora de nacimiento no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS. | La fecha y hora de nacimiento es mayor a la fecha y hora actual. | 1 |
| RVC046 | N12 | R | La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido. | La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido. | 1 |
| 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 | 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 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|---------------|---|--|--|---------|
| | | | al número de prescripción en MIPRES. | | |
| 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 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|--------------------|---|--|---|-----------|
| 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 |
| 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 o del DCI en el catálogo respectivo de SISPRO. | El código IUM o CUM o DCI ingresado no se encuentra en el catálogo de datos de IUM o CUM o DCI, respectivamente. | 2 |
| 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. | Eliminada |
| 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 | S07 | 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. | 2 |
| 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 | Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención. | 1 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|----------|---|---|--|-----------|
| | | | "Atención de población materno perinatal". | | |
| 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 |
| 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 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|--------------------|---|---|--|-----------|
| 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", "Detección temprana de enfermedad general", "Protección específica", "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. | 2 |

| ID Validación | ID Campo | Y | Regla | Mensaje | Versión |
|---------------|------------------------------|---|--|---|---------|
| RVC085 | C08 | N | Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", en el diagnóstico principal 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 principal 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). | 2 |
| 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 |
| RVC092 | C18, P17, M20, S13 | R | El concepto "Anticipos" aplica únicamente para el reporte de dichos valores en la FEV en salud y no debe utilizarse en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud. | Tener en cuenta que el concepto "Anticipos" aplica únicamente para el reporte de dichos valores en la FEV en salud y no debe utilizarse en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud. | 3 |

4.5.3. VALIDACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE FACTURACION (INVOICE, CREDITNOTE, DEBITNOTE, APPLICATIONRESPONSE, ATTACHEDDOCUMENT)

Las validaciones sobre los documentos electrónicos establecidas desde el mecanismo único de validación se dividen en:

4.5.2.1. VALIDACIONES DE ARCHIVOS

Las validaciones aplicadas sobre los documentos electrónicos, cumpliendo con las características técnicas y de condiciones para la recepción de estos por parte del mecanismo único de validación expuesto por el Ministerio.

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | GI008 | El tamaño del archivo Xml es mayor a 2MB |
| RECHAZO | GI005 | Solo se admiten archivos con extensión XML, para el envío de las FEV, ND, NC |
| RECHAZO | GI006 | El archivo XML está vacío |
| RECHAZO | VPQ004 | Falta el archivo Xml en la carpeta |
| RECHAZO | VPQ005 | Falta el archivo Json en la carpeta |

4.5.2.2. VALIDACIONES POR ESTRUCTURA

Estas validaciones se centran en la estructura del XML (esquema UBL 2.1) sobre los documentos electrónicos (Invoice, CreditNote, DebitNote, ApplicationResponse y AttachedDocument) en sus etiquetas y anidamientos.

Estas validaciones se realizan una vez la DIAN ha emitido su aprobación y la factura será expedida al adquirente, para validar que el facturador electrónico del sector salud haya conformado el contenedor electrónico de la factura que será soportada con el RIPS, para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud.

En la conformación del contenedor electrónico de la FEV en salud que será soportada con el RIPS, para el emisor de la factura no es dable realizar ninguna modificación sobre la información validada y aprobada por la DIAN.

Las validaciones se dividen en notificaciones y rechazos, las cuales se informan a continuación:

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|---|
| RECHAZO | FEV001 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [AttachedDocument] |
| RECHAZO | FEV002 | Hay un error en la estructura del Xml en apartado [Invoice] |
| RECHAZO | FEV003 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse] |
| RECHAZO | FEV004 | Atributo desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | FEV005 | Nodo Desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | FEV006 | Elemento desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | FEV007 | Objeto no referenciado de la estructura del Xml |
| RECHAZO | FEV008 | El Documento Electrónico seleccionado NO es una Factura Electrónica de Venta |
| RECHAZO | PFE001 | [AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | PFE002 | [Invoice] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | PFE003 | [ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED001 | [Fev.Invoice.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED003 | [Fev.Invoice.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED004 | [Fev.Invoice.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED005 | [Fev.Invoice.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED008 | [Fev.Invoice.InvoiceTypeCode] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED017 | [Fev.Invoice.LegalMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED020 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED021 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED022 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID.schemelD] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED023 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED034 | [Invoice.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED036 | [Invoice.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED018 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED019 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED030 | [Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED060 | [Invoice.UBLExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | NCV001 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [AttachedDocument] |
| RECHAZO | NCV002 | Hay un error en la estructura del Xml en apartado [CreditNote] |
| RECHAZO | NCV003 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse] |
| RECHAZO | NCV004 | Atributo desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NCV005 | Nodo Desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NCV006 | Elemento desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NCV007 | Objeto no referenciado de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NCV008 | El Documento Electrónico seleccionado NO es una Nota Crédito |
| RECHAZO | NDV001 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [AttachedDocument] |

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | NDV002 | Hay un error en la estructura del Xml en apartado [DebitNote] |
| RECHAZO | NDV003 | Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse] |
| RECHAZO | NDV004 | Atributo desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NDV005 | Nodo desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NDV006 | Elemento desconocido de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NDV007 | Objeto no referenciado de la estructura del Xml |
| RECHAZO | NDV008 | El Documento Electrónico seleccionado NO es una Nota Débito |
| RECHAZO | PNC001 | [AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito |
| RECHAZO | PNC002 | [CreditNote] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito |
| RECHAZO | PNC003 | [ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito |
| RECHAZO | PNC012 | No existe el Tag [BillingReference.InvoiceDocumentReference] de la Factura Electrónica referenciada en el Xml |
| RECHAZO | CND001 | [CreditNote.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND003 | [CreditNote.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND004 | [CreditNote.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND005 | [CreditNote.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND017 | [CreditNote.LegalMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND020 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID[0].Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND021 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND022 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND023 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].RegistrationName.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND031 | [Invoice.AccountingCustomerParty.AdditionalAccountID[0].Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND034 | [CreditNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND036 | [CreditNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme[0].RegistrationName.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND018 | [CreditNote.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | CND019 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND030 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND060 | [Invoice.UBLExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | PDN001 | [AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito |
| RECHAZO | PDN002 | [DebitNote] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito |
| RECHAZO | PDN003 | [ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito |
| RECHAZO | PDN012 | No existe el Tag [BillingReference.InvoiceDocumentReference] de la Factura Electrónica referenciada en el Xml |
| RECHAZO | CCV000 | [ARCHIVO(S) INVALIDOS] El CUV generado a partir de los archivos Xml y/o Json adjuntos, no concuerdan con el CUV a consultar |
| RECHAZO | CCV001 | El Código Unico de Validacion Suministrado NO está validado por el Ministerio de Salud y Protección Social |
| RECHAZO | DND001 | [DebitNote.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND003 | [DebitNote.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND004 | [DebitNote.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND005 | [DebitNote.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND017 | [DebitNote.RequestedMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND020 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND021 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND022 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID.schemelD] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND023 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND034 | [DebitNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND036 | [DebitNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND018 | [DebitNote.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND019 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|--------------|--------|---|
| RECHAZO | DND030 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND060 | [Invoice.UBLEExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND100 | [InvoicePeriod.StartDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND101 | [InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND104 | [PrepaidPayment.ID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND105 | [PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND108 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND109 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND110 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND111 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND112 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND113 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND114 | [Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND115 | [tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND116 | [tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND117 | [tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND122 | [tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | DND123 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO R.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND124 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO R] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | DND125 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|--------------|--------|--|
| RECHAZO | DND133 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | DND126 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | DND127 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND134 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | DND128 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | DND129 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO .Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND130 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| NOTIFICACION | DND131 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | DND132 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | CND100 | [InvoicePeriod.StartDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND101 | [InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | RCG018 | No se pueden procesar facturas , cuyo período de facturación (fecha de inicio y fecha fin) sean anteriores al 2023-01-01 |
| RECHAZO | CND104 | [PrepaidPayment.ID.schemelD] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND105 | [PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND108 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND109 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND110 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND111 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND112 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|--------------|--------|--|
| RECHAZO | CND113 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND114 | [Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND115 | [tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND116 | [tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND117 | [tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND122 | [tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | CND123 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADOR] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND124 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADOR.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND125 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADOR] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | CND133 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND126 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | CND127 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | CND134 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND128 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío |
| NOTIFICACION | CND129 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | CND130 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO .Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | CND131 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | CND132 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|--------------|--------|---|
| RECHAZO | FED100 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | FED101 | [InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED104 | [PrepaidPayment.ID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED105 | [PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED108 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED109 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED110 | Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED111 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED112 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED113 | Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED114 | [Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED115 | [tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED116 | [tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED117 | [tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED122 | [tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | FED123 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO R.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED124 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO R] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| RECHAZO | FED125 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED133 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | FED126 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |

| Tipo | Código | Descripción |
|--------------|--------|--|
| RECHAZO | FED127 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED134 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | FED128 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B ENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| NOTIFICACION | FED129 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO .Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED130 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |
| NOTIFICACION | FED131 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico |
| RECHAZO | FED132 | [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico |

4.5.2.3. VALIDACIÓN SOBRE LOS DATOS

Estas validaciones se enfocan en el contenido de los datos reportados en los elementos del XML, verificando la precisión y coherencia de la información contenida en los elementos según las pautas establecidas por el esquema UBL y las resoluciones 042 de 2020 expedida por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN (norma derogada, en vigencia transitoria según la Resolución 000165 en sus artículos 23 y 68), y la Resolución 2275 de 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifica o sustituya, en lo de su competencia.

Esta validación no genera efectos sobre el contenido aprobado por la DIAN y su alcance se limita a la validación del relacionamiento que necesariamente debe existir entre el RIPS y la FEV en salud y sus demás documentos electrónicos relacionados.

En la conformación del contenedor electrónico de la FEV en salud que será soportada con el RIPS, para el emisor de la factura no es dable realizar ninguna modificación sobre la información validada y aprobada por la DIAN.

| Tipo | Codigo | Descripcion |
|---------|--------|---|
| RECHAZO | VFE001 | [Invoice.InvoiceTypeCode] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | VFE002 | [Invoice.InvoiceTypeCode] El valor reportado no es válido para Factura Electrónica |
| RECHAZO | VFE003 | [Invoice.CustomizationID] El valor reportado de la Factura Electrónica no es válido del sector Salud o está vacío |

| Tipo | Codigo | Descripcion |
|---------|--------|---|
| RECHAZO | VFE005 | [Invoice.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VFE006 | [Invoice.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VFE007 | [Invoice.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío |
| RECHAZO | VFE011 | [Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeName] Debe informar literal '31' |
| RECHAZO | VFE012 | [Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío |
| RECHAZO | VFE020 | [Invoice.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Factura Electrónica |
| RECHAZO | VFE021 | [Invoice.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Factura Electrónica |
| RECHAZO | PPF001 | El número de Factura Electrónica no corresponde al reportado por Rips |
| RECHAZO | GI012 | No existe una Factura electrónica asociada a esta Nota Crédito |
| RECHAZO | GI013 | El Código CUFE de la factura referenciada en la Nota Crédito, no está registrada en el Sistema del MSPS |
| RECHAZO | GI014 | El Documento Invoice – Factura electrónica no corresponde a la aprobada por la DIAN |
| RECHAZO | VCN001 | [CreditNote.CreditNoteTypeCode] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | VCN002 | [CreditNote.CreditNoteTypeCode] El valor reportado no es válido para Nota Crédito |
| RECHAZO | VCN004 | [CreditNote.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VCN005 | [CreditNote.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VCN006 | [CreditNote.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío |
| RECHAZO | VCN010 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeName] Debe informar literal '31' |
| RECHAZO | VCN011 | [CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío |
| RECHAZO | VCN019 | [CreditNote.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Nota Crédito |
| RECHAZO | VCN020 | [CreditNote.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Nota Crédito |
| RECHAZO | GI016 | No existe la Factura Electrónica referenciada en el sistema. |
| RECHAZO | GI015 | No existe una Factura electrónica asociada a esta Nota Débito |
| RECHAZO | GI017 | La Nota Débito no corresponde a la aprobada por la DIAN |

| Tipo | Codigo | Descripcion |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | VDN002 | [DebitNote.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VDN003 | [DebitNote.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío |
| RECHAZO | VDN004 | [DebitNote.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío |
| RECHAZO | VDN008 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeName] Debe informar literal '31' |
| RECHAZO | VDN009 | [DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío |
| RECHAZO | VDN017 | [DebitNote.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Nota Débito |
| RECHAZO | VDN018 | [DebitNote.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Nota Débito |
| RECHAZO | AAR001 | [ApplicationResponse.DocumentResponse[0].Response.ResponseCode] El valor reportado no es válido o está vacío |
| RECHAZO | RVG018 | No se pueden procesar facturas , cuyo período de facturación (fecha de inicio y fecha fin) sean anteriores al 2023-01-01 |
| RECHAZO | GI010 | [ApplicationResponse.DocumentResponse[0].Response.ResponseCode] El documento electrónico fue rechazado por la DIAN |
| RECHAZO | GI011 | El Documento Invoice – Factura electrónica no corresponde a la aprobada por la DIAN |
| RECHAZO | FED135 | Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas |
| RECHAZO | CND135 | Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas |
| RECHAZO | DND135 | Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas |

4.5.2.4. VALIDACIONES EN EL ALMACENAMIENTO

Estas validaciones dan cuenta de la existencia de inconvenientes tecnológicos en el proceso de transmisión de información a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, relacionados con fallas en la conexión a la base de datos de almacenamiento de información en los servidores del Ministerio, que impiden dicho almacenamiento y que obligan al facturador electrónico del sector salud a realizar una nueva transmisión de información.

Solo una vez se confirma la transmisión de la información en la base de datos de almacenamiento de información en los servidores del Ministerio y su procesamiento exitoso, se generará el Código Único de Validación -CUV.

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|---|
| RECHAZO | CFR001 | Hubo errores al almacenar los datos, por favor intente transmitir nuevamente. |

4.5.2.5. VALIDACIONES DE LA CONSISTENCIA DE ARCHIVOS

Estas validaciones se generan al momento de transmitir la información del mecanismo único de validación desde el procesamiento realizado en la solución tecnológica alojada en el facturador electrónico del sector salud al mecanismo único de validación al interior del Ministerio, para culminar el procesamiento de información. Tienen el propósito de validar la consistencia de los datos contenidos en los archivos XML-JSON desde su origen y hasta su almacenamiento en la base de datos en los servidores del Ministerio.

| Tipo | Código | Descripción |
|---------|--------|--|
| RECHAZO | VDI001 | El directorio seleccionado que contiene los archivos a validar no es válido |
| RECHAZO | PFR001 | El Código Único de Validación (CUV) generado por el MSPS no corresponde a los datos enviados de Xml y Json |

4.6. OTROS LINEAMIENTOS

En este apartado se encontrará el lineamiento relacionado con el diligenciamiento de campos de datos en la generación del XML o de los RIPS, en situaciones donde el facturador electrónico del sector salud requiera transmitir información especial que es claro en la Resolución 2275 de 2023

4.6.1. ANTICIPOS SOBRE LA FEV EN SALUD

Para la generación de las FEV en salud se puede incluir los valores de los anticipos, el cual entra a operar dependiendo del tipo de operación informado allí.

Estos valores NO deben ser informados sobre los RIPS y solo se incluiría en el grupo PrepaidPayment de la FEV en salud.

```

<cac:PrepaidPayment>
  <cbc:ID schemeID="04">1</cbc:ID>
  <cbc:PaidAmount currencyID="COP">5000000.00</cbc:PaidAmount>
  <cbc:ReceivedDate>2023-12-20</cbc:ReceivedDate>
</cac:PrepaidPayment>

```

4.6.2. RIPS SIN FACTURA

Para la generación del documento RIPS sin factura se requiere que el campo “**numFactura**” se informe el valor **0**.

El sistema al validar este documento y al aprobarlo se generará un número único.

4.6.3. NOTA CRÉDITO Y DÉBITO CON REFERENCIAS A FACTURAS.

Para la generación de notas crédito, sean parcial o total, los valores de la nota deberán corresponder con el valor total de los servicios y tecnologías prestadas por la entidad las cuales fueron reportadas en la FEV en salud, así mismo los RIPS en su generación deberán corresponder a los servicios y tecnológicas prestadas pero los valores de los pagos moderadores deben equivaler a 0.

En todo caso, la generación de las notas crédito y débito siempre deben ir con referencia a la FEV en salud que se va afectar.

```
<cac:BillingReference>
  <cac:InvoiceDocumentReference>
    <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>
    <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e.....</cbc:UUID>
    <cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>
  </cac:InvoiceDocumentReference>
</cac:BillingReference>
```

En el caso de los tipos de operación “cbc:CustomizationID” a utilizar en las notas crédito y débito deberán ser 20 y 30 respectivamente.

4.6.4. PREPARACIONES MAGISTRALES

Para la generación del RIPS donde se informen medicamentos de tipo “03”, Preparación magistral, se deberán considerar las observaciones, dispuesta en cada uno de los campos de datos de medicamentos, particularmente los siguientes:

- El campo fechaDispensAdmon (M04) deberá informarse e incluir la fecha y hora en la que se dispense la preparación magistra, para este caso todos los principios activos de esta preparación magistral deberán tener el mismo valor para este campo.
- El campo vrUnitMedicamento (M18), deberá informarse el valor unitario de cada principio activo utilizado en la preparación o la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, caso en el cual se registra este valor en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0).

El valor de los campos cantidadMedicamento (M14), diasTratamiento (M15), vrServicio (M19), valorPagoModerador (M21) deberán ser informados en un único principio activo de la preparación

magistral, se recomienda que sea siempre informado en el primero principio activo de cada preparación magistral.

4.7. TIPOS DE OPERACIÓN.

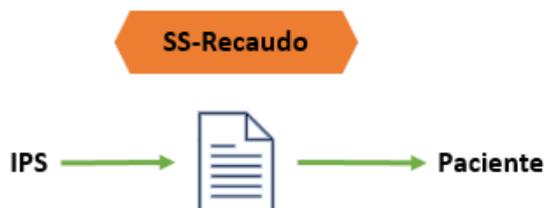
Los tipos de operación definidos para la generación de los documentos electrónicos (XML) corresponden a:

4.7.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

Los siguientes, son los tipos de operación utilizados en la generación de las FEV en salud que serán generadas por las empresas prestadoras de servicios y tecnologías en salud y que deben cumplir con las condiciones informadas en el anexo técnico 2 campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta:

- **SS-Recaudo (Recaudación):** Cuando el PSS realiza el recaudo de pagos compartidos directamente, debe expedir obligatoriamente al usuario la factura electrónica de venta –FEV, tickete de máquina registradora con sistema POS o el documento equivalente electrónico tickete de máquina registradora con sistema P.O.S correspondiente, sin que sea necesario incluir en ella los campos de datos de que trata la Resolución 2275 de 2023 o en la norma que la modifique, adicione o sustituya, así, se expide una FEV comercial que debe ser identificada con el tipo de operación SS-Recaudo. No es dable la utilización de recibos de caja con este propósito. Nótese que esta factura se expide al usuario y no corresponde al cobro de la prestación o provisión de los servicios o tecnologías de salud realizados al usuario y también debe ser utilizada por las ERP (EPS) cuando recaudan directamente pagos compartidos debiendo expedir obligatoriamente al usuario la factura electrónica de venta –FEV, tickete de máquina registradora con sistema POS o el documento equivalente electrónico tickete de máquina registradora con sistema P.O.S correspondiente.

Tipos de facturación vs Tipos de operación



- **SS-CUFE (Acreditación):** Se usa en los casos que se incluyan referencia de FEV cuyo recaudo fue generado por el PSS o PTS a través de facturas electrónicas de venta tipo 01 o

facturas electrónicas de venta tipo 04. Se estima que en el SGSSS la mayoría de servicios y tecnologías de salud realizados, se presentarán a los adquirientes con FEV en salud tipo 01 y bajo este tipo de operación (SS-CUFE), como parte del funcionamiento regular del proceso de facturación electrónica definido por la DIAN. El valor de este recaudo realizado por el PSS o PTS, se visualiza en la FEV en salud SS-CUFE tal como se dispone en el Anexo Técnico de la Resolución 2275 de 2023, numeral 6. Cuerpo XML, c. Registro del concepto que se acreditará como de Cuota moderadora – Copago – Cuota de recuperación - Pagos compartidos en planes voluntarios de salud o en la norma que la modifique, adicione o sustituya.

El detalle de estos recaudos realizados por el PSS o PTS, debe registrarse en el RIPS (en los campos relacionados con pagos moderadores C18, C19, C20, P17, P18, P19, M20, M21, M22, S13, S14 y S15), la sumatoria de estos valores será la que se acredite en la FEV. Esta visualización del recaudo de pagos moderadores realizado por el PSS o PTS, aplica de la misma manera para las FEV con tipo de operación “SS-CUDE”, “SS-POS” “SS-Num

- **SS-CUDE (Acreditación):** Se usa en los casos que se incluyan referencia de FEV cuyo recaudo fue generado por el PSS a través de facturas electrónicas de venta tipo 03, que corresponde a la facturación que realiza el PSS o PTS en casos de contingencia. La contingencia puede obedecer a fallas en el funcionamiento de los sistemas del facturador electrónico del sector salud, PSS o PTS (P. Ej. fallas del fluido eléctrico, fallas del software, fallas de conectividad -internet-, fallas con el proveedor tecnológico habilitado por la DIAN). Una vez superada la contingencia, estas facturas tipo 03, deben transmitirse a la DIAN y al adquiriente en los plazos establecidos por la DIAN en la Res. 042 de 2020 o la norma que lo modifique o sustituya.
- **SS-POS (Acreditación):** Se usa cuando el facturador electrónico del sector salud NO genera FEV en salud (SS-Recaudo) para el recaudo de pagos moderadores, sino el ticket de máquina registradora con sistema POS un Documento Equivalente de Venta POS (Point of sale) o documento equivalente electrónico ticket de máquina registradora con sistema P.O.S, con destino al usuario que asume dicho pago. Al momento de realizar el cobro de los servicios y tecnologías prestados, el PSS o PTS debe expedir una FEV en salud con tipo de operación SS-POS con destino al adquiriente -ERP o demás pagadores-, en la cual debe referenciar el valor total del recaudo de pagos moderadores de los documentos POS expedidos al usuario por estos conceptos. Nótese que este tipo de operación informa que en esa FEV se están referenciado recaudos de pagos compartidos a través de documentos equivalentes POS. Se prevé que el Documento Equivalente de Venta POS evolucione a un documento equivalente electrónico en la estructura del XML DIAN (bajo las condiciones que establezca la DIAN en el anexo técnico correspondiente).
- **SS-SNum (Acreditación):** Se usa cuando el facturador electrónico del sector salud NO genera FEV en salud (SS-Recaudo) para el recaudo de pagos moderadores, sino en facturación mediante Factura Talonario (físicas, según numeración autorizada por la DIAN). Se limita exclusivamente a las numeraciones físicas que aún existan, toda vez que actualmente el recaudo de pagos moderadores siempre debe realizarse generando FEV en salud (SS_Recaudo). Nótese que este tipo de operación informa que en esa FEV se están referenciado recaudos de pagos compartidos a través de facturas físicas talonario.

- **SS-Reporte:** Las facturas identificadas con este tipo de operación se realizan para informar referencia(s) de diversa índole que comprueban recaudo de Cuotas Moderadoras, Copagos o Cuotas de Recuperación, a las cuales ya se les dio tratamiento contable. En este sentido, opera cuando un PSS o PTS recibe el número de FEV – SS-Recaudo que soporta el recaudo de pagos moderadores realizado directamente por la ERP (EPS), como condición para la realización del servicio. Este tipo de operación, NO activa el Método de cálculo del Sector Salud, toda vez que no se restan valores de pagos moderadores a la FEV, solamente se informa de la existencia del número de FEV – SS-Recaudo. El valor de este recaudo realizado por la EPS, se visualiza en la FEV en salud SS-Reporte tal como se dispone en el Anexo Técnico de la Resolución 2275 de 2023, numeral 6. Cuerpo XML, literal d. Registro de Operaciones de Copago – Cuota Moderadora – Cuota de Recuperación - Pagos compartidos en planes voluntarios de salud cuyo tratamiento contractual y contable hace innecesario que el valor recaudado se acredite a la factura que libraré el Prestador de Servicios de Salud a la Entidad Responsable de Pago y demás pagadores. El detalle de estos recaudos realizados por la EPS, es posible registrarlo en el RIPS (en los campos relacionados con pagos moderadores C18, C19, C20, P17, P18, P19, M20, M21, M22, S13, S14 y S15), reiterándose que, en todo caso, estos valores son informativos y no se acreditan a la FEV en salud.
- **SS-SinAporte:** Las FEV en salud identificadas con este tipo de operación deben expedirse obligatoriamente por parte de los Prestadores de Servicios de Salud -PSS para realizar el cobro de servicios o tecnologías de salud prestadas o suministradas directamente a una persona (paciente o usuario). El destinatario de estas facturas es la Entidad Responsable de Pago -ERP (EPS) o demás pagadores (se incluye en esta categoría a los pacientes particulares, cuando el profesional independiente supera las 3500 UVT), a la cual se realiza el cobro del valor de los servicios o tecnologías de salud prestadas o suministradas por el PSS o PTS, en aquellos casos en los cuales NO se involucran pagos compartidos, es decir, cuando el PSS o PTS no recibe ningún tipo de recaudo en dinero por parte de los afiliados del régimen contributivo por concepto de Cuotas Moderadoras, Copagos o Cuotas de Recuperación (SS-Recaudo), ni debe reportar la existencia de un soporte de recaudo (SS-Recaudo expedido por la ERP-EPS). Por esta razón, estas facturas NO activan el método de cálculo del Sector Salud ante la plataforma de la DIAN. Se usa para facturar a una ERP -EPS cuando en el acuerdo de voluntades se dispuso que no se recaudaban pagos compartidos, ni se recibían soportes de recaudos realizados directamente por la EPS.

Tipos de facturación vs Tipos de operación



El PSS o PTS, deberá generar los RIPS por las atenciones prestadas.
Al momento de transmitir la información al MinSalud a través del mecanismo único de validación se deberá enviar la FEV/NC/ND junto con el RIPS cuando sea el caso de la(s) atenciones prestadas según el modalidad de contratación establecida entre las partes,

4.7.2. NOTAS CRÉDITO

Los tipos de operación utilizados para la generación de las notas créditos, corresponden a los informados en la Resolución 0165 de 2023 DIAN, en el numeral 13.1.5.2. Documento CreditNote Nota Crédito.

Siendo así, las notas créditos siempre deben referenciar a la factura electrónica de venta, para los cual, el tipo de operación "CustomizationID" debe ser "20".

```
<cac:BillingReference>
  <cac:InvoiceDocumentReference>
    <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>
    <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e.....</cbc:UUID>
    <cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>
  </cac:InvoiceDocumentReference>
</cac:BillingReference>
```

4.7.3. NOTAS DEBITO

Los tipos de operación utilizados para la generación de las notas créditos, corresponden a los informados en la Resolución 0165 de 2023 DIAN, en el numeral 13.1.5.3. Documento DebitNote – Nota Débito

Siendo así, las notas débito siempre deben referenciar a la factura electrónica de venta, para los cual, el tipo de operación "CustomizationID" debe ser "30".

```
<cac:BillingReference>
  <cac:InvoiceDocumentReference>
    <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>
    <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e.....</cbc:UUID>
```

<cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>
</cac:InvoiceDocumentReference>
</cac:BillingReference>

4.8. SERVICIOS EXPUESTOS PARA ERP Y DEMAS PAGADORES.

El siguiente numeral está expuesto para las entidades responsables de pago y demás pagadores donde podrán conocer los servicios que expone el Ministerio de Salud a través del mecanismo único de validación en su solución API Docker.

Los servicios expuestos son:

4.8.1. CONSULTA DEL CUV POR PARTE DE LAS ERP - Y DEMÁS PAGADORES.

Este primer método debe contemplar los distintos tipos de opciones con que cuenta el Mecanismo Único de Validación, es decir, se puede validar el CUV para:

- FEV + RIPS
- NC Parcial + RIPS
- NC Total (sin RIPS)
- Nota de Ajuste (solo archivo RIPS)
- Nota Débito + RIPS
- RIPS sin Factura
- Factura Cápita
- Nota Crédito de seguimiento de acuerdos de Voluntades.

De esta manera, según corresponda se recibirán uno o dos (2) archivos (FEV/NC/ND en formato XML y RIPS en formato JSON) como parámetros y el CUV. El método debe calcular el CUV, acorde con los archivos enviados. La respuesta que se entrega es en formato JSON y cumple una estructura descrita en el Manual de servicios del Api Docker.

4.8.2. DESCARGA DE ARCHIVOS XML Y RIPS POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGOS Y DEMÁS PAGADORES

A través del método de descarga de archivos, se permite recuperar un tope máximo de archivos diarios. Este servicio estará disponible para realizar 1000 descargas diarias.

El método requiere como parámetro el CUV de los archivos que se requieran recuperar. Si este es válido, se entrega una respuesta con la estructura de un archivo JSON (el cual se especifica en el Manual del servicio web) más la incorporación de una (1) o dos (2) URL en las cuales se encuentre:

- La ubicación de los archivos XML de los documentos electrónicos, según corresponda al módulo que genera el CUV.
- La ubicación de los archivos RIPS en formato JSON, según corresponda al módulo que genera el CUV

4.8.3. CARGUE DEL NÚMERO DE RADICADO

CAPÍTULO 5. ENVÍO DE LOS DATOS

5.1. REQUERIMIENTOS DEL CERTIFICADO DIGITAL

Con el objeto de asegurar la transmisión de información de los documentos electrónicos de la FEV en salud y del RIPS soporte, los facturadores electrónicos del sector salud deberán disponer de un certificado digital cliente con las siguientes características:

1. El certificado digital de cliente debe permitir autenticar la identidad de un usuario en línea, de tal manera que evite el uso fraudulento de identidades y protege la información confidencial.
2. Debe permitir la firma digital de documentos electrónicos, brindando una forma segura de garantizar la integridad y autenticidad de los archivos.
3. El certificado debe tener capacidad de cifrado de datos sensibles antes de ser enviados a los servicios web del Ministerio de Salud y Protección Social quien podrá descifrarlos.
4. El certificado digital de cliente debe ser emitido por Autoridades de Certificación (CAs) confiables, de tal manera que asegure que sea reconocido y aceptado por la plataforma de Ministerio de Salud y Protección Social

Este certificado aplica únicamente para los facturadores electrónicos del sector salud entidades que opten por la solución tecnológica tipo API Docker empaquetada en contenedores, este certificado debe ser asumido por el facturador electrónico del sector salud. Para la solución tecnológica tipo cliente/servidor no se requiere contar con dicho certificado.

5.2. MECANISMO DE ENVÍO

Para el envío del conjunto de documentos a la plataforma del mecanismo único de validación dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, se seguirán las siguientes indicaciones, según la solución tecnológica utilizada por el facturador electrónico del sector salud:

5.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR.

Para iniciar, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán realizar la instalación de la solución tecnológica tipo cliente/servidor teniendo en cuenta las siguientes indicaciones.

1. Puede instalarse en un equipo de cómputo con los mínimos o superiores requerimientos informados en el documento **Guía de instalación**, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, si así lo requiere, puede instalar esta solución en más de un computador de acuerdo a las necesidades del proceso teniendo en cuenta que cada uno de estos equipos trabajará en forma independiente con una base local que no será compartida entre equipos o usuarios.
2. Se debe tener en cuenta que el envío de datos a través de la plataforma del mecanismo único de validación al Ministerio de Salud y Protección Social solo podrá ser ejecutado por la entidad responsable a través del usuario o los usuarios designados e inscritos en la plataforma SISPRO.

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “**Guía de instalación**”, dispuesto en el micrositio de factura electrónica de este Ministerio.

Una vez surtida la instalación y para iniciar la transmisión de la información a través de la plataforma del mecanismo único de validación al Ministerio de Salud y Protección Social, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán tener en cuentas las siguientes indicaciones:

1. El o los usuarios del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán encontrarse registrados en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social (www.MiseguridadSocial.gov.co).
2. La asignación de usuarios y la autenticación de estos, es responsabilidad de la entidad a cargo, de acuerdo con sus necesidades derivadas del proceso.

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “**Guía de autenticación**” dispuesto en el micrositio de factura electrónica de este Ministerio.

Para el proceso de envío de los documentos electrónicos al mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá seguirse las siguientes indicaciones:

- 1) Abrimos la aplicación y realizamos el registro al servicio cliente/servidor.

2) Una vez autenticado, debe validarse la funcionalidad a utilizarse de acuerdo con el tipo de documento electrónico que se desea transmitir:

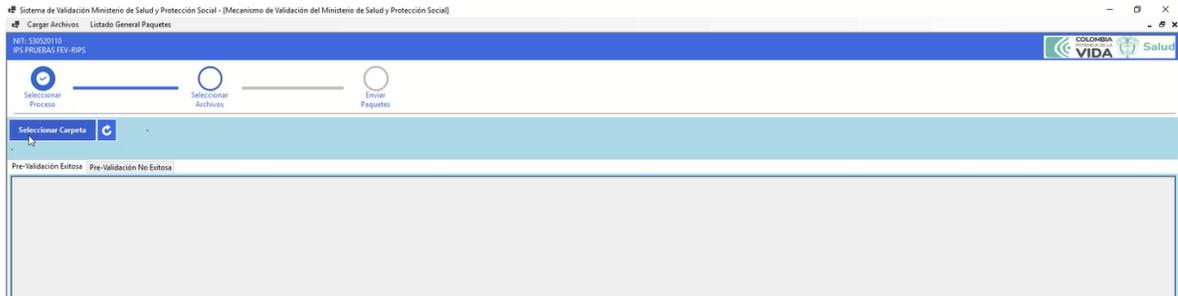
- Factura electrónica de venta.
- Nota crédito parcial.
- Nota crédito total.
- Nota débito.
- Nota ajusta de RIPS.
- RIPS sin factura.

Bienvenidos Prestadores de servicios de Salud –PS, Proveedores de Tecnologías de Salud – PTS, a la aplicación Cliente FEV_RIPS suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, para la selección, validación y transmisión de la Factura Electrónica de Ventas (FEV) en salud, Nota Crédito (NC), Nota Débito (ND), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) asociado y las Notas de Ajuste (NA), acorde a lo establecido en las Resoluciones 210 de 2022 y 1036 de 2022.

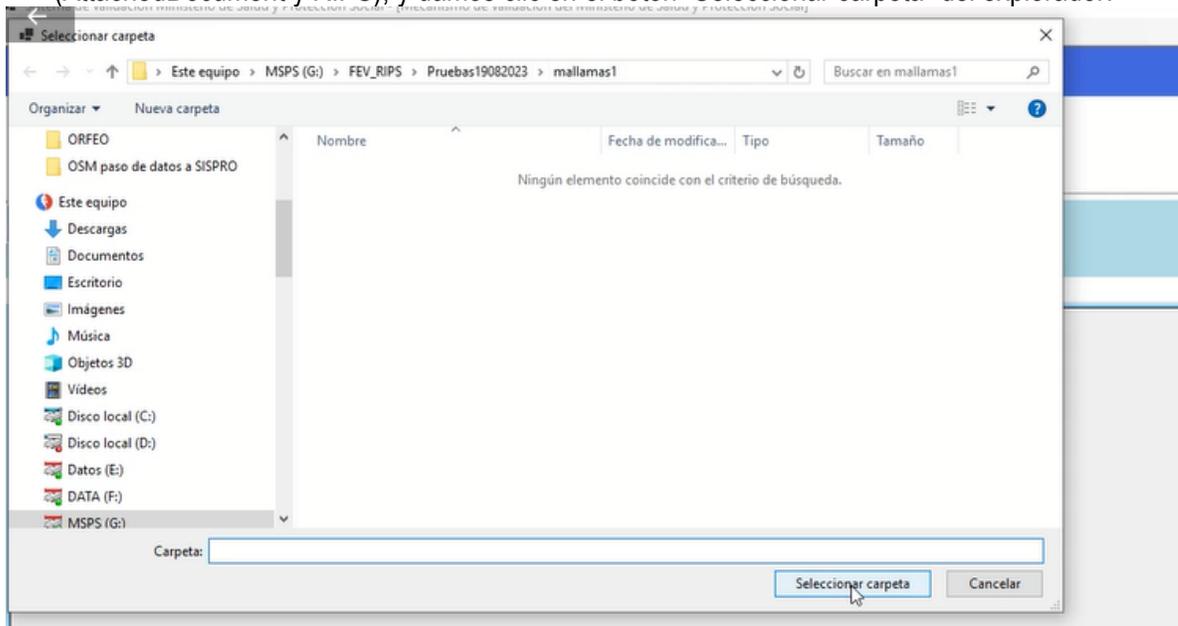
| Factura Electrónica de Venta | Nota Crédito Parcial | Nota Crédito Total |
|--|---|--|
| Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Factura Electrónica de Ventas con su Registro Individual de Prestación de servicios - RIPS. | Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Nota Crédito con su Registro Individual de Prestación de servicios - RIPS. | Esta opción permite Seleccionar, Validar y transmitir la Nota Crédito del total de un Registro Individual de Prestación de servicios - RIPS. |

Imagen ilustrativa de la versión 2 del validador cliente/servidor

3) Una vez seleccionada la funcionalidad, para este ejemplo es la funcionalidad de factura electrónica de venta, se procede a dar clic en la opción “Seleccionar Carpeta”:



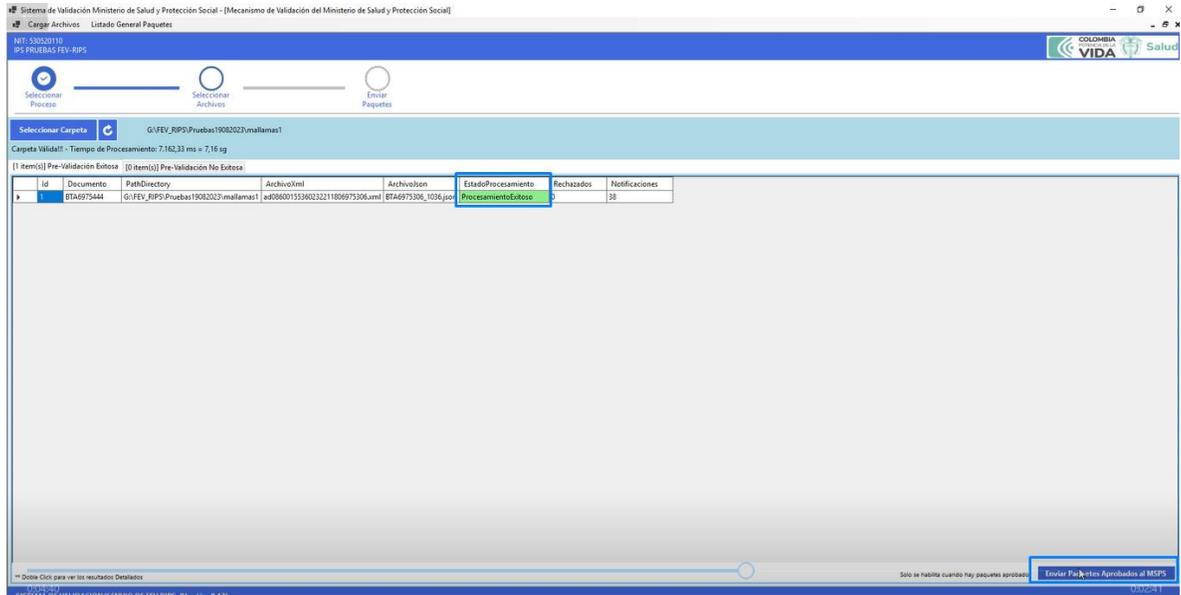
- 4) A continuación, se despliega el explorador de archivos, procediéndose a seleccionar la carpeta que contiene los documentos electrónicos que se desean validar y transmitir (AttachedDocument y RIPS), y damos clic en el botón “Seleccionar carpeta” del explorador.



- 5) Una vez seleccionada la carpeta, automáticamente el sistema procede a realizar las validaciones correspondientes sobre los documentos electrónicos allí dispuestos, generando en pantalla el resultado del procesamiento, el cual puede ser exitoso o con errores:

- 5.1) En caso de corresponder a procesamiento exitoso, se visualiza en pantalla en la columna “EstadoProcesamiento” la respuesta en color verde: “ProcesamientoExitoso”.

Simultáneamente en la parte inferior derecha de la pantalla se habilitará el botón “Enviar Paquetes Aprobados al MSPS”, y al darle clic realiza la transmisión de estos archivos al Ministerio, y automáticamente el mecanismo realiza el segundo nivel de validación, cuyo resultado, en caso de ser exitoso, generará como resultado el archivo que contiene el código único de validación – CUV, los archivos con el reporte detallado del resultado (Notificaciones) y los archivos originales que fueron dispuesto para su validación asociados al CUV.



Estos archivos, resultado del proceso de validación exitoso, se alojan en la carpeta original donde se dispusieron los documentos electrónicos a validar, de la siguiente manera:

- **ResultadosMSPS_BTA16975508_ID55_A_CUV.txt**, archivo que contiene el Código Único de Validación, como resulta al proceso de validación de los documentos electrónicos.
- **ResultadosLocales_BTA16975508_JSON.txt**, archivo que contiene las primeras validaciones realizadas por el validador local.
- **ResultadosMSPS_BTA16975508_ID55_A_JSON.txt**, archivo que contiene las segundas validaciones realizadas sobre los documentos electrónicos transmitidos al Ministerio de salud y Protección Social.

Nota: el nombre de los archivos corresponderá a la siguiente estructura

ResultadosMSPS/Locales_ (Literal el cual corresponde a la respuesta obtenida por el validador o el Ministerio)

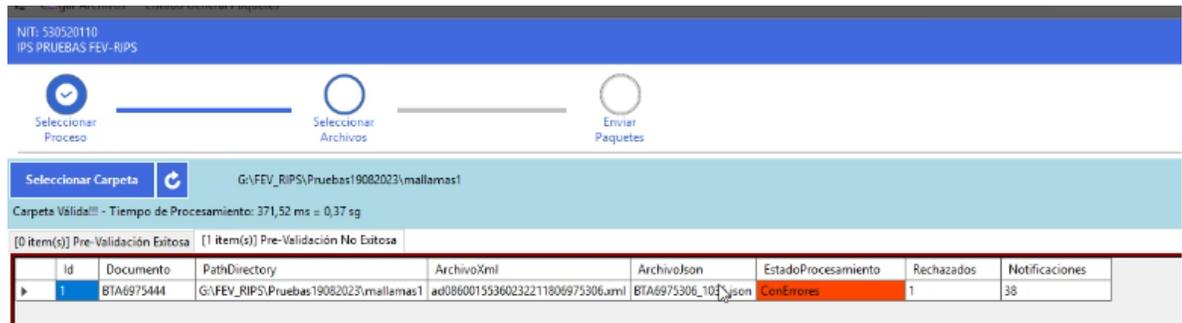
BTA16975508_ (Número del documento electrónico del XML que se transmite)

ID55_ (ID del consecutivo transmitido al Ministerio, el cual es único por cada transmisión)

A_ (Corresponde al estado del documento A = Aprobado o R = Rechazado)

| Nombre | Fecha de modificación | Tipo | Tamaño |
|--|------------------------|--------------|-----------|
|  ad08600155360232211806975506_BTA16975508.xml | 26/10/2023 9:56 a. m. | Archivo XML | 43 KB |
|  BTA16975508.json | 26/10/2023 9:56 a. m. | Archivo JSON | 7 KB |
|  ResultadosLocales_BTA16975508_JSON.txt | 26/10/2023 10:00 a. m. | Archivo TXT | 14 KB |
|  ResultadosMSPS_BTA16975508_ID55_A_CUV.txt | 26/10/2023 10:03 a. m. | Archivo TXT | 1 KB |
|  ResultadosMSPS_BTA16975508_ID55_A_JSON.txt | 26/10/2023 10:03 a. m. | Archivo TXT | 14 KB |
|  WCBR1.json | 6/10/2023 6:39 p. m. | Archivo JSON | 14.801 KB |

5.2) En caso de corresponder a procesamiento rechazado, se visualiza en pantalla en la columna “EstadoProcesamiento” la respuesta en color naranja: “ConErrores”.



NIT: 530520110
IPS PRUEBAS FEV-RIPS

Seleccionar Proceso Seleccionar Archivos Enviar Paquetes

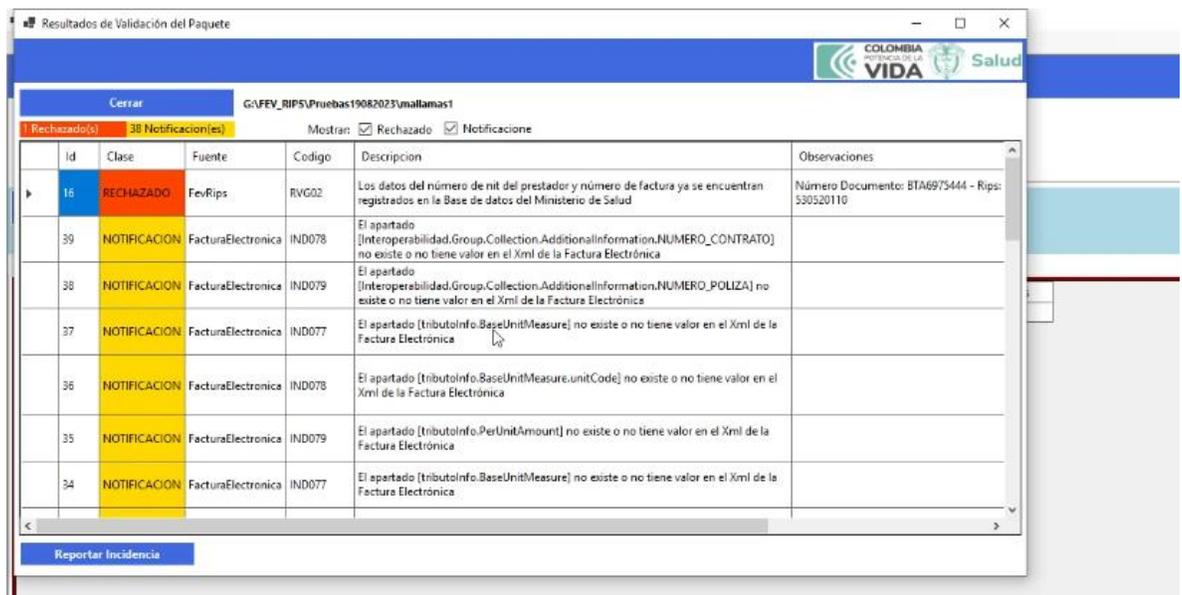
Seleccionar Carpeta G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1

Carpeta Válida!!! - Tiempo de Procesamiento: 371,52 ms = 0,37 sg

[0 item(s)] Pre-Validación Exitosa [1 item(s)] Pre-Validación No Exitosa

| Id | Documento | PathDirectory | ArchivoXml | ArchivoJson | EstadoProcesamiento | Rechazados | Notificaciones |
|----|------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------------|------------|----------------|
| 1 | BTA6975444 | G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1 | ad08600155360232211806975306.xml | BTA6975306_102.json | ConErrores | 1 | 38 |

Para la visualización de las reglas de rechazo, daremos doble clic en el recuadro naranja “ConErrores”, allí se nos desplegará una ventana donde visualizaremos las reglas de Rechazo y Notificación para que el facturador electrónico del sector salud pueda validar y realizar los ajustes necesarios sobre los documentos electrónicos dispuestos.



Resultados de Validación del Paquete

Cerrar G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1

1 Rechazado(s) 38 Notificación(es)

Mostrar: Rechazado Notificación

| Id | Clase | Fuente | Código | Descripción | Observaciones |
|----|--------------|--------------------|--------|---|--|
| 16 | RECHAZADO | FevRips | RVG02 | Los datos del número de nit del prestador y número de factura ya se encuentran registrados en la Base de datos del Ministerio de Salud | Número Documento: BTA6975444 - Rips: 530520110 |
| 39 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND078 | El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |
| 38 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND079 | El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |
| 37 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND077 | El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |
| 36 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND078 | El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure.unitCode] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |
| 35 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND079 | El apartado [tributoInfo.PerUnitAmount] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |
| 34 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | IND077 | El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | |

Reportar Incidencia

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “Manual del usuario de la solución cliente/servidor” y así mismo el video “Ejemplo uso del mecanismo único de validación”, dispuesto en el micrositio de factura electrónica del Ministerio.

5.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES

Para iniciar, el facturador electrónico del sector salud deberá realizar la configuración de la solución tecnológica tipo API Docker en sus sistemas

Remítase al documento **Guía de Instalación API DOCKER** dispuesta en el micrositio de factura electrónica del Ministerio de salud.

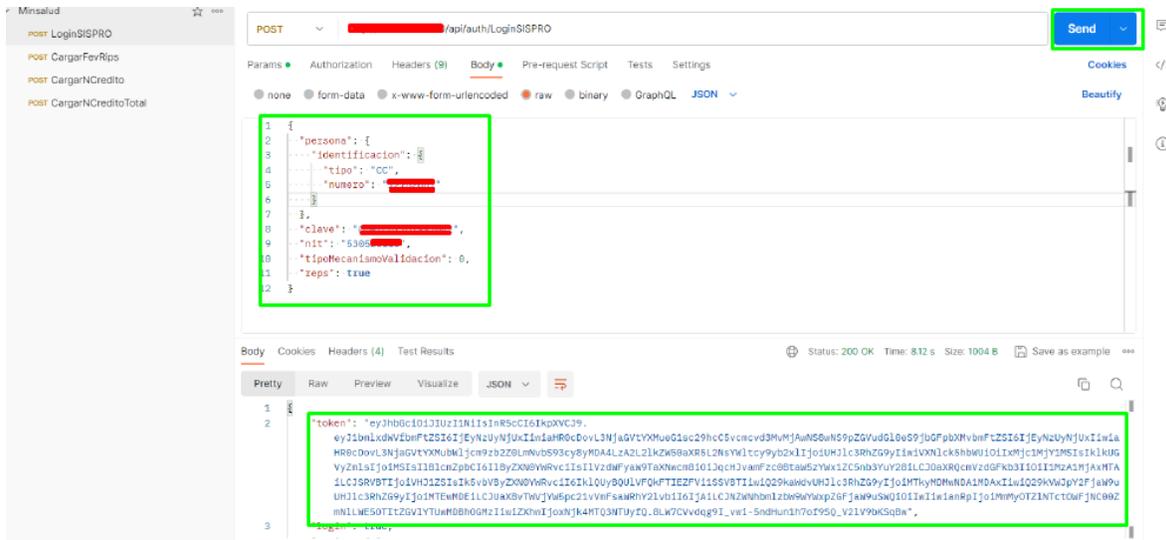
Una vez surtida la instalación y para iniciar la transmisión de la información a través de la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social el facturador electrónico teniendo en cuenta las indicaciones.

1. El o los funcionarios del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social (www.MiseguridadSocial.gov.co).
2. Es potestad de la entidad la asignación de dichos usuarios y la autenticación de los mismos.

Remítase al documento **Guía de Autenticación** dispuesta en el micrositio de factura electrónica del Ministerio de salud.

Para el proceso de envío a través de este mecanismo debemos tener en cuenta lo siguiente, en este caso utilizamos la herramienta Postman para realizar la ejemplificación de envío de documentos:

1. Autenticación, uno de los métodos que se expone por parte de esta solución tecnológica es el servicio de la autenticación, para la cual el factura electrónica del Ministerio de salud debe informar en cuerpo de la petición los datos para la autenticación de este, una vez informadas daremos clic en la opción **“Send”** y por ultimo veremos en la respuesta que se obtiene por parte del servicio nos entregara un Token, el cual será utilizado como llave de autenticación al método que será utilizado por el facturador electrónico del sector salud.

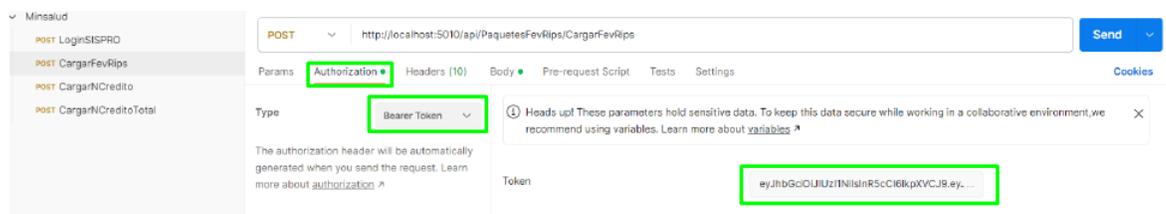


Nota: Para el proceso de registro y autenticación remítase al documento **Guía de Autenticación** dispuesta en el micrositio de factura electrónica del Ministerio de salud

Una vez autenticados el facturador electrónico del Ministerio de salud deberá remitirse al método que desee consumir.

- LoginSISPRO
- CargarFEVRIPS
- CargarNCreditoTotal
- CargarNCredito
- CargarNDedito
- CargarNAjuste
- CargarRIPSSinFactura
- FEVNCsinRIPS

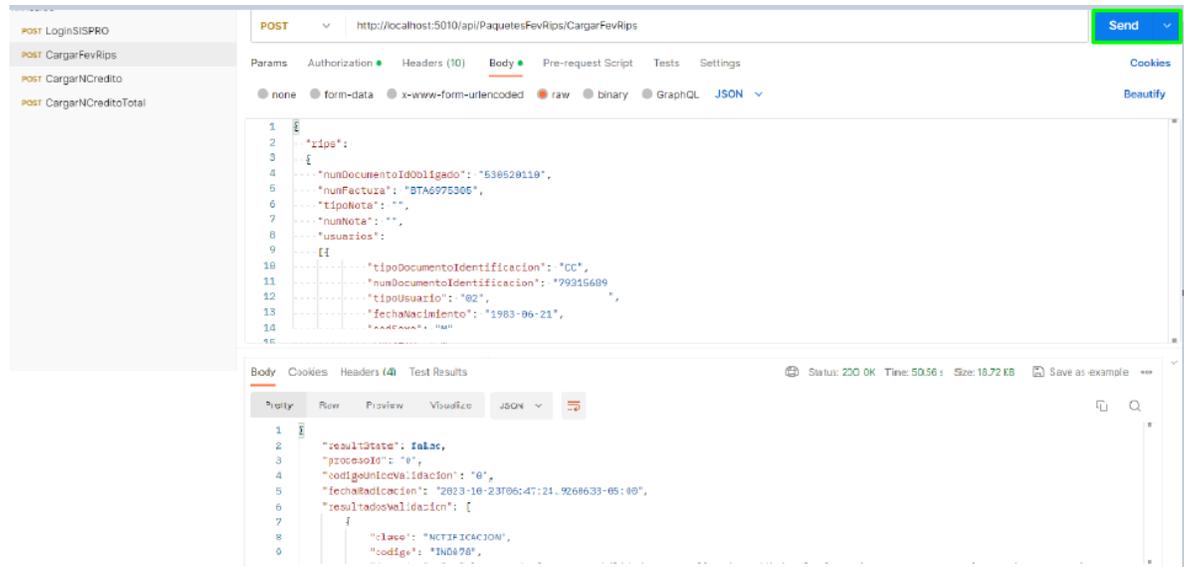
2. Para este ejemplo realizaremos el consumo del método CargaFEVRIPS, para lo cual utilizaremos el token que nos retornó el método de autenticación.



Para realizar el envío de la información se deberá enviar los documentos electrónicos requeridos para este método.

```
{
  "rips": (Documento JSON de los RIPS)
  "XMLFEVFile": Contenedor electrónicos "AttachedDocument" en Base64
}
```

Una vez se cargue el mensaje de envío al método deberemos dar clic en **“Send”** y una vez finalizado la validación obtendremos la respuesta del mismo donde podremos observar si el documento fue o no aprobado la cual podemos validar en una respuesta en formato JSON.



El *Response* del método corresponde a la siguiente ejemplificación de estructura:

```

{
  "ResultState":true,
  "Procesold":"55",
  "NumFactura":"BTA16975508",

  "CodigoUnicoValidacionToShow":"48f2af8310857109840e85cdaab17be113c3b2920c0b38178eaca18ce70a340172c9ec56cae4aa5e73df0292947e786",
  "FechaRadicacion":"2023-10-26T10:03:13.5154121-05:00",
  "ResultadosValidacion":[
    {
      "Clase":"NOTIFICACION",
      "Codigo":"FED078",
      "Descripcion":"El [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica",
      "Observaciones":"",
      "PathFuente":"",
      "Fuente":"FacturaElectronica"
    }
  ]
}

```

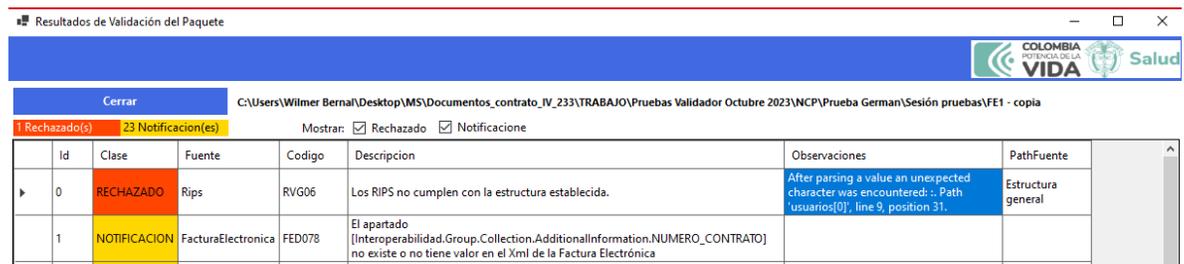
5.3. MENSAJES

Los mensajes de respuesta que generan por parte de la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio pueden corresponder a notificaciones y rechazos, que se generan sobre los documentos transmitidos en la aplicación de las reglas y condiciones contenidas en la Resolución 2275 de 2023, así como las derivadas del relacionamiento del RIPS como soporte de la FEV en salud.

Los mensajes de estas validaciones se dividen en:

- **Mensajes de validaciones generales**, nos indican novedades sobre las validaciones realizadas sobre los RIPS y la Información de la FEV en salud, la cual debe guardar relación entre lo informado en las Resoluciones y los reportado en los documentos electrónicos transmitidos, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en el [numeral 4.5.1.](#)

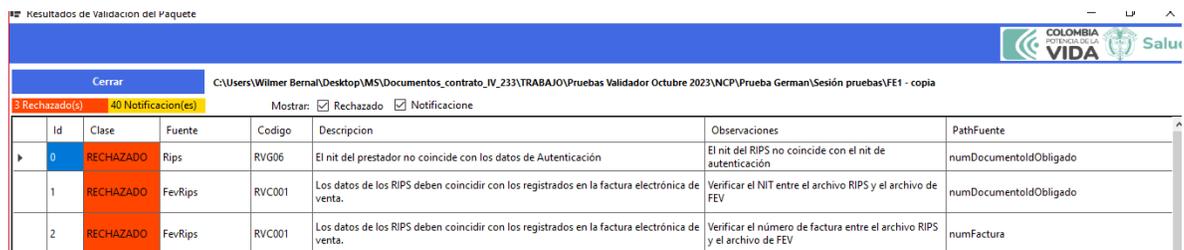
Ejemplo



| Id | Clase | Fuente | Codigo | Descripción | Observaciones | PathFuente |
|----|--------------|--------------------|--------|---|--|--------------------|
| 0 | RECHAZADO | Rips | RVG06 | Los RIPS no cumplen con la estructura establecida. | After parsing a value an unexpected character was encountered: ., Path 'usuarios[0]', line 9, position 31. | Estructura general |
| 1 | NOTIFICACION | FacturaElectronica | FED078 | El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica | | |

- **Mensaje de validaciones por campo**, nos indican novedad en los campos de datos referenciados en el RIPS los cuales deben guardar relación con lo informado en las Resolución 2275 de 2023 y los datos transmitidos sobre dicho documento, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en el [numeral 4.5.2.](#)

Ejemplo



| Id | Clase | Fuente | Codigo | Descripción | Observaciones | PathFuente |
|----|-----------|---------|--------|---|--|------------------------|
| 0 | RECHAZADO | Rips | RVG06 | El nit del prestador no coincide con los datos de Autenticación | El nit del RIPS no coincide con el nit de autenticación | numDocumentoidObligado |
| 1 | RECHAZADO | FevRips | RVC001 | Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta. | Verificar el NIT entre el archivo RIPS y el archivo de FEV | numDocumentoidObligado |
| 2 | RECHAZADO | FevRips | RVC001 | Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta. | Verificar el número de factura entre el archivo RIPS y el archivo de FEV | numFactura |

- **Mensajes de validaciones de los documentos electrónicos**, los cuales corresponde a validaciones de estructura de las facturas, notas crédito y notas débitos transmitidas al mecanismo y que deben guardar relación con lo informado en la Resolución 2275 de 2023, así mismo con la estructura definida por la DIAN sobre los documentos informados en la Resolución 0165 de 2023, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en el [numeral 4.5.3.](#)

Ejemplo

Resultados de Validación del Paquete

Cerrar C:\Users\Wilmer Bernal\Desktop\MS\Documentos_contrato_IV_233\TRABAJO\Pruebas Validador Octubre 2023\NCP\Prueba German\Sesión pruebas\FE1 - co

1 Rechazado(s) 0 Notificación(es) Mostrar: Rechazado Notificacione

| Id | Clase | Fuente | Codigo | Descripcion | Observaciones | PathFuente |
|----|-----------|--------------------|--------|---|--|------------|
| 0 | RECHAZADO | FacturaElectronica | FEV001 | Hay un error en la estructura del Xml en el paratado [AttachedDocument] | Error: There is an error in XML document (0, 0). - Error Técnico: Root element is missing. | |

CAPÍTULO 6. CONTINGENCIA

Con el objeto de asegurar la disponibilidad del servicio de recepción y validación de las facturas electrónica y sus Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud FEV-RIPS, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará una estrategia a seguir en caso que algunos de los riesgos identificados en la operación, el entorno tecnológico y las variables de riesgo asociadas a la infraestructura física donde opera el proceso de recepción y validación de FEV-RIPS se puedan materializar y afectar la operación del proceso FEV-RIPS. En este sentido, la estrategia de contingencia contemplará los siguientes aspectos:

1. Identificar los sistemas críticos: Identificar los sistemas de información y servicios misionales y de datos que están asociados al proceso de recepción y validación de FEV-RIPS que son vitales para la operación.
2. Realizar un análisis de riesgos: Se debe realizar un análisis de riesgos para determinar las posibles amenazas y vulnerabilidades que podrían impactar la operación del proceso de FEV-RIPS. Esto implica evaluar riesgos como pérdida de datos, fallas en el hardware o el software, ataques cibernéticos, desastres naturales.
3. Desarrollar un plan de contingencia: Desarrollar un plan de contingencia que establezca las acciones a tomar en caso de que ocurra una contingencia. Esto incluye el establecimiento de roles y responsabilidades, la coordinación con proveedores de servicios, la asignación de recursos necesarios y la definición de los procesos de recuperación.
4. Implementar medidas de seguridad: Implementar medidas de seguridad adecuadas en los sistemas de información para prevenir posibles amenazas y minimizar el impacto en caso de contingencia. Esto incluye el uso de firewalls, antivirus, copias de seguridad regulares, sistemas de monitorización, entre otros.
5. Realizar pruebas y entrenamiento: Realizar pruebas periódicas para asegurar que el plan de contingencia funcione correctamente y que la solución tecnológica de recepción de FEV-RIPS sean capaces de recuperarse de manera eficiente en caso de contingencia, de igual manera, se debe capacitar al personal en los procedimientos de contingencia y en las medidas de seguridad adecuadas.
6. Mantener actualizado el plan de contingencia: Actualizar periódicamente el plan de contingencia para adaptarlo a los cambios del modelo operativo de FEV-RIPS y a los nuevos entornos tecnológicos. Esto implica evaluar nuevos riesgos, actualizar los contactos de proveedores, revisar las medidas de seguridad.

Para mayor información sobre el plan de contingencia desplegado por el Ministerio de Salud y Protección Social para todas las plataformas del SISPRO, dirigirse al siguiente enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx#>

Para el reporte del RIPS como soporte de la FEV en salud, cuando se presente una eventualidad en las plataformas del facturador electrónico del sector salud que impida el envío de información al mecanismo único de validación del Ministerio, este deberá desarrollar sus planes de contingencia.

CAPÍTULO 7. MESA DE AYUDA

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con una mesa de ayuda tecnológica misional, que realiza la atención de las consultas de los usuarios del sistema de información del Ministerio, a través de los Servicios BPO de centro de contacto.

7.1. CANALES DE COMUNICACIÓN

Los canales de comunicación establecidos para la atención de usuarios a través de la mesa de ayuda tecnológica misional son:

1. Canal Telefónico.

- Teléfono en Bogotá: (601) 330 5043
- Resto del país: 018000960020

El horario de atención del canal telefónico es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

2. Canal Correo electrónico

- Soporte-fev-rips@minsalud.gov.co

7.2. ACUERDOS DE NIVEL DE SERVICIO

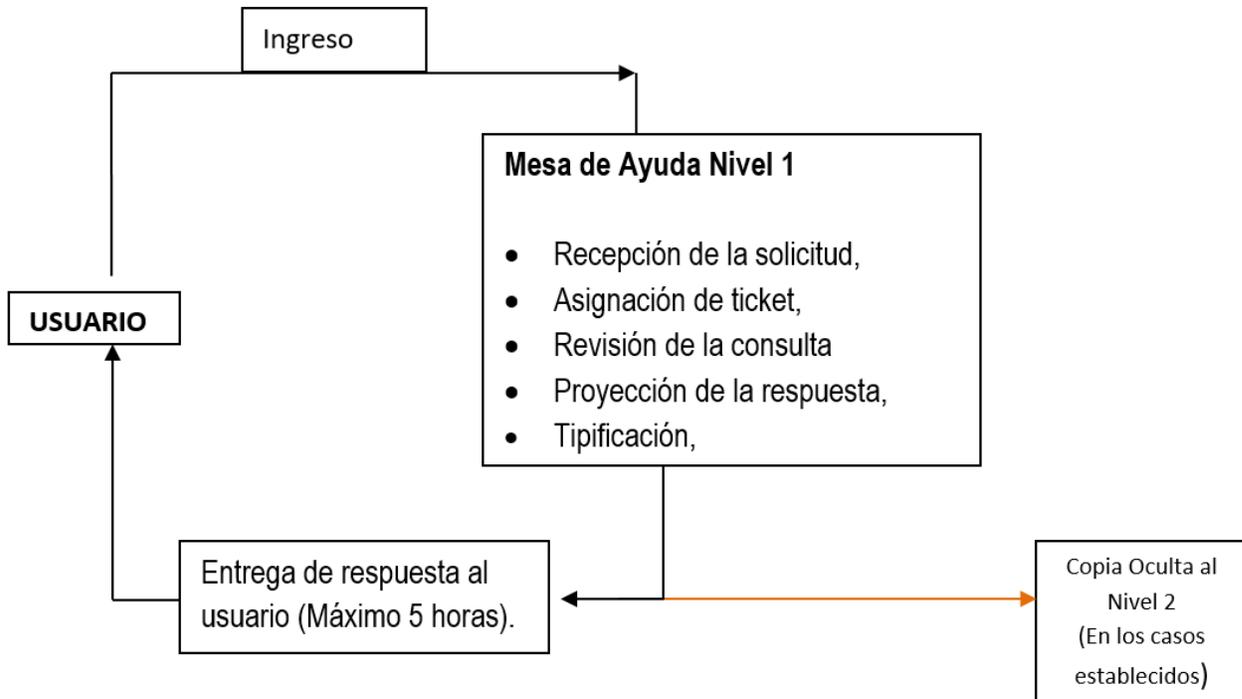
Para la atención de las consultas realizadas por los usuarios, se tienen 2 niveles de atención, de acuerdo a la complejidad de la misma.

A continuación, se detallan los niveles y el procedimiento de gestión establecido:

7.2.1. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 1

Es realizada directamente por los asesores o agentes de la mesa de ayuda.

Las etapas del proceso de gestión son: Recepción de la solicitud, asignación de ticket, revisión de la consulta, proyección de la respuesta, tipificación y entrega de respuesta al usuario, con copia oculta al nivel 2 en los casos establecidos.



La proyección de la respuesta la realizan los asesores o agentes teniendo como insumos los siguientes documentos: Bases de conocimiento, instructivos Abecé, directorios, página Web del Ministerio y entidades.

La entrega de respuestas por parte de la mesa de ayuda de nivel 1 a los usuarios, se realiza únicamente a través de los correos electrónicos de Nivel 1 establecidos por el Ministerio para cada temática, conservando toda la trazabilidad de la consulta.

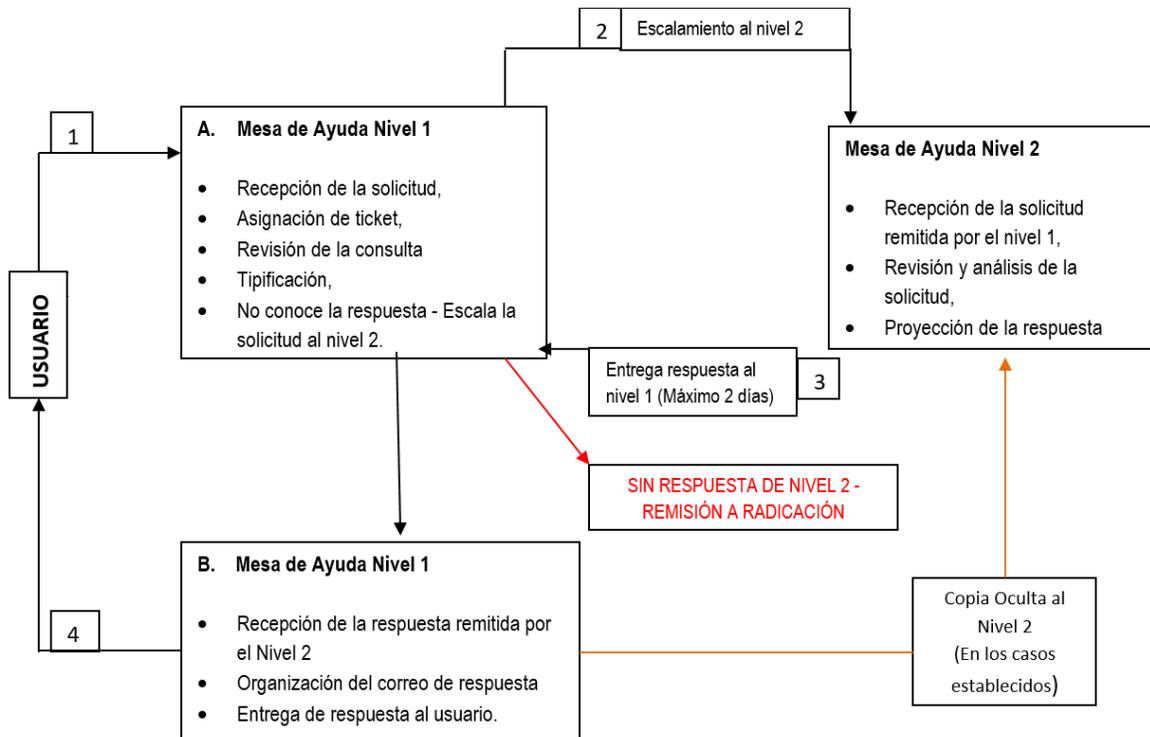
A todas las consultas que ingresan a la mesa de ayuda Nivel 1, se les asigna un número de caso individual y diferente al resto de consultas y temáticas; este número de caso o ticket se registra en el asunto del correo.

Los correos electrónicos establecidos en el Nivel 1, son de uso restringido para la gestión entre agentes de la mesa de ayuda y usuarios, y su uso es únicamente para recibir consultas y entregar la respectiva respuesta.

7.2.2. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 2

Es realizada directamente por los líderes funcionales o responsables del Tema en el Ministerio.

Las etapas del proceso de gestión son: Recepción de la solicitud remitida por el Nivel 1, revisión de la consulta, proyección de la respuesta, entrega de respuesta al Nivel 1 con toda la trazabilidad de la consulta (Máximo en 2 días), organización de la respuesta y entrega al usuario, con copia oculta al nivel 2 en los casos establecidos.



El agente antes de realizar el escalamiento de una consulta al Nivel 2, debe primero indagar, verificar, investigar la consulta, y en caso de no tener la respuesta o solución, debe incluir todas las pantallas de error y trazabilidad de gestión realizada, en el correo de escalamiento a nivel 2.

Cuando el correo no presente claramente la consulta, el agente antes de realizar escalamiento al nivel 2, debe contactar al usuario para averiguar concretamente cuál es la consulta. Una vez tenga la información completa valida si la consulta es competencia de nivel 1 o si requiere escalamiento al nivel 2.

El contacto de Nivel 2 una vez reciba la solicitud en el correo establecido, tiene máximo 2 días para entregar respuesta a la mesa de ayuda.

En caso que el contacto de Nivel 2 no entregue respuesta en el tiempo establecido, la mesa de ayuda de Nivel 1 procede a remitir a radicación la solicitud, y cierra el caso, con el fin de que la Dependencia responsable de la consulta, entregue directamente la respuesta al usuario.

7.3. PREGUNTAS FRECUENTES

Para las preguntas frecuentes el Ministerio dispone en el microsítio el documento ABC para que pueda ser consultadas estas preguntas frecuentes, adicional en los casos que se requiera actualizar o disponer información adicional se realizará sobre dicho documento. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ABC-Resoluci%C3%B3n-506-de-19-03-2021.pdf>