

RESOLUCION 3374 DE 2000

(diciembre 27)

Diario Oficial No 44.276, del 30 de diciembre de 2000

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

<Resumen de Notas de Vigencia>

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución 1531 de 2014, "por la cual se modifica la Resolución [3374](#) de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación", publicada en el Diario Oficial No. 49.137 de 29 de abril de 2014.

- Modificada en lo pertinente por la Resolución [951](#) de 2002, publicada en el Diario Oficial No. 44.884, de 31 de julio de 2002, "Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS".

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD [25](#) de 2001

LA MINISTRA DE SALUD,

en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo [173](#) de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Ministerio de Salud reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud;

Que se hace necesario regular, estandarizar y racionalizar el esfuerzo institucional en la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados;

Que compete al Ministerio de Salud establecer los datos básicos que deben generar los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los servicios individuales de salud prestados y facturados a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, la definición, estructura, flujo y almacenamiento de los mismos, la administración y disposición de la información y las responsabilidades que les compete a los distintos participantes del SGSSS obligados a reportar al Sistema Integral de Información de Salud,

RESUELVE:

CAPITULO I. GENERALIDADES

ARTICULO 1o. DEFINICIONES. Para efectos de la presente Resolución, se entenderá por:

1. Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

2. Entidades administradoras de planes de beneficios: <Numeral modificado por el artículo 2 de la Resolución 1531 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Son las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; las compañías de seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud (Fosyga) para accidentes de tránsito y eventos catastróficos, las administradoras de planes de beneficios en regímenes especiales de seguridad social y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

<Notas de Vigencia>

- Numeral modificado por el artículo 2 de la Resolución 1531 de 2014, "por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación", publicada en el Diario Oficial No. 49.137 de 29 de abril de 2014.

- Resolución modificada en lo pertinente por la Resolución 951 de 2002, publicada en el Diario Oficial No. 44.884, de 31 de julio de 2002, "Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS". El artículo 1 establece: "A partir de la vigencia de la presente Resolución, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, definidas en el numeral 2 de la Resolución 3374 de 2000, no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas con los RIPS, o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia de datos del validador del Ministerio de Salud. Lo anterior no obsta para que en la revisión de los soportes establecidos por las normas y las auditorías médicas y administrativas se demuestre la validez de la información contenida en las facturas o cuentas de cobro dentro del procedimiento normal establecido por las EAPB para su trámite.

PARÁGRAFO. Las EAPB deberán reportar la información de los RIPS, según lo establecido en la normatividad vigente. En aquellos casos en que la información reportada por la red de prestadores de servicios de salud no cumpla con los requerimientos técnicos establecidos en la normatividad vigente, las EAPB deberán enviar un informe, al menos cada dos (2) meses, sobre los principales problemas encontrados con la información reportada."

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3374 de 2000:

2. <Ver Notas de Vigencia> Entidades administradoras de planes de beneficios: Son las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud, Fosyga, para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios en regímenes especiales de seguridad social.

3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo 2o de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación, diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, esta conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.

Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de estos.

4. Procesos informáticos: Los procesos informáticos son los siguientes:

- Actualización: Consiste en el registro primario del dato, la modificación, la eliminación y el ingreso de estos a medios magnéticos o electrónicos.

- Validación: Consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; la correspondencia con los valores y la referencia cruzada entre variables.

- Organización: Consiste en el ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud que genera la institución de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución.

- Administración de los datos: Consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos y en el establecimiento de los niveles de control y seguridad de los datos.

- Transferencia de datos: Consiste en el envío de los datos, utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permita la actualización de los mismos entre las diferentes entidades.

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

5. Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

ARTICULO 2o. AMBITO DE APLICACION. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios, definidas en el numeral 2o. del artículo 1o de esta Resolución y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.

<Concordancias>

CAPITULO II. DE LOS DATOS BASICOS SOBRE LOS SERVICIOS INDIVIDUALES DE SALUD

ARTICULO 3o. FUENTE DE LOS DATOS SOBRE PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD. Las fuentes de estos datos son las Facturas de Venta de Servicios y las Historias Clínicas de los pacientes.

ARTICULO 4o. DE LOS DATOS BASICOS QUE DEBEN INCLUIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN LA DESCRIPCION ESPECIFICA. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados.

Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos:

1. Datos relativos a la transacción:

- Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS, asignado por la Dirección Local, Distrital, Departamental de Salud, o por el Ministerio de Salud para las instituciones de su competencia:
- Nombre o razón social cuando es una persona jurídica o apellidos y nombre del prestador cuando este es un profesional independiente
- Tipo de documento de identificación del prestador
- Número del documento de identificación del prestador
- Número de la factura
- Fecha de expedición de la factura
- Fecha de inicio del período de la facturación enviada
- Fecha de finalización del período de la facturación enviada
- Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura
- Número de contrato, cuando se requiera
- Plan de beneficios

- Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Valor del pago compartido (Copago)
- Valor de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional
- Valor de descuentos
- Valor neto a pagar por la entidad contratante

2. Datos relativos al servicio de salud y a los valores facturados:

Los datos específicos correspondientes a la prestación de servicios individuales de salud a los usuarios deben reportarse en forma unitaria, en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, con los siguientes datos:

- Datos de identificación de usuarios

Cuando los servicios de salud se presten a personas que se encuentren afiliadas al SGSSS, bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado, se deben diligenciar los siguientes datos:

- Tipo y número de identificación del usuario
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Tipo de usuario
- Para todos los usuarios de los demás planes de beneficios o eventos especiales, se deben diligenciar, además de los anteriores, los siguientes:
 - Apellidos
 - Nombres
 - Edad
 - Unidad de medida de la edad
 - Sexo
 - Departamento y municipio de residencia habitual del usuario

- Zona
- Datos de la Consulta:
- Fecha de la consulta
- Número de autorización, cuando se requiera
- Código de consulta
- Finalidad de la consulta
- Causa externa que originó la consulta
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado No. 1
- Diagnóstico relacionado No. 2
- Diagnóstico relacionado No. 3
- Tipo de diagnóstico principal
- Valor de la consulta
- Valor de la cuota moderadora
- Valor neto a pagar por la entidad administradora del plan de beneficios
- Datos de los procedimientos
- Fecha del procedimiento
- Número de autorización, cuando se requiera
- Código del procedimiento
- Ambito de realización del procedimiento
- Finalidad del procedimiento
- Personal que atiende, el cual aplica exclusivamente cuando el procedimiento es relacionado con el parto
- Diagnóstico principal, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico relacionado, solo para procedimientos quirúrgicos
- Complicación (cuando ocurra dentro de un procedimiento)
- Forma de realización del acto quirúrgico

- Valor del procedimiento

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Datos de la prestación individual de servicios de urgencia con observación
- Fecha de ingreso a observación
- Hora de ingreso a observación
- Número de autorización, cuando se requiera para continuar con el servicio de urgencia
- Causa externa
- Diagnóstico principal a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 2, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 3, a la salida
- Destino del usuario a la salida de observación
- Estado a la salida
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de salida de observación
- Hora de salida de observación
- Datos de hospitalización
- Vía de ingreso a la institución
- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Número de autorización, cuando se requiera
- Causa externa
- Diagnóstico principal de ingreso
- Diagnóstico principal de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso (si se requiere)

- Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso (si se requiere)
- Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso (si se requiere)
- Diagnóstico de la complicación (si ocurriera)
- Estado a la salida
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de egreso
- Hora de egreso
- Datos de recién nacidos
- Fecha de nacimiento
- Hora del nacimiento
- Edad gestacional
- Control prenatal
- Sexo
- Peso
- Diagnóstico del recién nacido
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de muerte
- Hora de muerte
- Datos de medicamentos:

Medicamentos del POS

- Código del medicamento
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Tipo de medicamento
- Número de unidades aplicadas o administradas del medicamento
- Valor unitario

- Valor total
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

Medicamentos fuera del POS

- Número de autorización, cuando se requiera
- Código del medicamento
- Nombre genérico del principio activo (medicamento)
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Forma farmacéutica
- Concentración
- Unidad de medida
- Número de unidades administradas o aplicadas
- Valor unitario
- Valor total
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Datos de otros servicios
- Número de autorización
- Tipo de servicio
- Código del servicio
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Nombre del servicio
- Cantidad
- Valor unitario del material, insumo, traslado, honorarios o estancias

- Valor total del material, insumo, traslado, honorarios o estancias
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

ARTICULO 5o. DE LOS DATOS BASICOS QUE DEBEN REPORTAR LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS AL MINISTERIO DE SALUD, SOBRE LA PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD. Los datos básicos que deben reportar las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud, en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los siguientes:

- Datos de identificación:
- Código de la entidad administradora de planes de beneficios
- Tipo de identificación del usuario
- Número de identificación del usuario
- Tipo de usuario
- Tipo de afiliado
- Ocupación
- Edad
- Unidad de medida de la edad
- Sexo
- Departamento y municipio de residencia habitual del usuario
- Zona de residencia habitual
- Datos de la consulta:
- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Fecha de la consulta
- Código de la consulta

- Finalidad de la consulta
- Causa externa que originó la consulta
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado No. 1
- Diagnóstico relacionado No. 2
- Diagnóstico relacionado No. 3
- Tipo de diagnóstico principal
- Valor de la consulta
- Valor de la cuota moderadora
- Valor neto a pagar por la entidad administradora del plan de beneficios
- Datos de los procedimientos:
- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Fecha del procedimiento
- Código del procedimiento
- Ambito de realización del procedimiento
- Finalidad del procedimiento
- Personal que atiende, exclusivamente cuando el procedimiento sea relacionado con el parto
- Diagnóstico principal, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico relacionado, solo para procedimientos quirúrgicos
- Diagnóstico de la complicación (cuando ocurra dentro de un procedimiento)
- Valor del procedimiento
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Datos del servicio de urgencia cuando incluye observación:
- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Fecha de ingreso a observación
- Causa externa
- Diagnóstico principal a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 2, a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 3, a la salida
- Destino del usuario a la salida de observación
- Estado a la salida
- Diagnóstico de la causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de salida
- Datos de la hospitalización:
- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Vía de ingreso a la institución
- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Causa externa
- Diagnóstico principal de ingreso

- Diagnóstico principal de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso
- Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso
- Complicación (cuando ocurra)
- Estado a la salida
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de egreso
- Hora de egreso

Cuando la hospitalización haya sido relacionada con el parto, se deberán reportar los siguientes datos sobre el recién nacido:

- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Tipo y número de identificación de la madre
- Fecha de nacimiento
- Hora del nacimiento
- Edad gestacional
- Control prenatal
- Sexo
- Peso
- Diagnóstico del recién nacido
- Causa básica de muerte (cuando ocurra)
- Fecha de muerte
- Hora de la muerte
- Datos de medicamentos:

Medicamentos del POS

- Código del prestador de servicios de salud
<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Número de la factura
- Código del medicamento
- Número de unidades aplicadas o administradas del medicamento
- Valor unitario
- Valor total

Medicamentos fuera del POS

- Código del medicamento
- Nombre genérico del principio activo (medicamento)
- Forma farmacéutica
- Concentración
- Unidad de medida
- Número de unidades administradas o aplicadas
- Valor unitario
- Valor total

CAPITULO III. DE LA ESTRUCTURA Y EL FLUJO DE LOS DATOS

ARTICULO 6o. ESTRUCTURA Y TRANSFERENCIA DE LOS DATOS. Los datos de la descripción específica de los servicios prestados, junto con los demás requisitos de la factura, que establece el Estatuto Tributario, en los artículos **617** y **618** que los prestadores de servicios de salud envíen a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deben estar contenidos en medio magnético, con la estructura y características que se definen en esta Resolución y que se especifican en el Anexo Técnico, que hace parte de la misma.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios ni cualquier otro organismo de

administración, dirección, vigilancia y control, podrá modificar, reducir o adicionar los datos a que se refiere esta resolución, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias de los prestadores de servicios de salud, puedan tener información adicional para su propio uso.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [4449](#) de 2014

ARTICULO 7o. DE LOS SOPORTES SOBRE LA PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD QUE DEBEN ACOMPAÑAR LAS FACTURAS DE VENTA. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, en medio magnético, deberán presentarse conjuntamente con las facturas de venta y con los siguientes soportes:

1. Copia de la epicrisis firmada por el médico tratante o responsable de la prestación del servicio de salud, para las de urgencia con observación, para la hospitalización, para los servicios de salud de alto costo, o que sean objeto de reaseguro.
2. En los casos de reclamaciones por accidentes de tránsito, eventos catastróficos, actos terroristas o accidentes de trabajo, además de la epicrisis deben presentar los específicos que establezcan las normas vigentes al momento de la facturación.

PARAGRAFO. La entidad administradora de planes de beneficios, solo podrá solicitar por excepción la copia de toda o parte de la historia clínica, cuando se trate de servicios de salud de alto costo o servicios reasegurados.

ARTICULO 8o. FLUJO DE DATOS. Los datos a que se refiere la presente resolución serán remitidos por los prestadores de servicios de salud a las entidades administradoras de planes de beneficios, como parte de la factura de venta por los servicios prestados, y estas los remitirán al Ministerio de Salud, para su consolidación en el Sistema Integral de Información en Salud.

Los datos por la prestación de servicios individuales de salud cubiertos con recursos de oferta, deben ser enviados por el prestador del servicio a la dirección local de salud respectiva. Las direcciones locales de salud deben enviarlos al Ministerio de Salud.

En los casos en que se haya realizado contratación por capitación, los prestadores de servicios de salud están obligados en igual forma, a registrar y enviar mensualmente los datos sobre los servicios efectivamente prestados a la entidad administradora del plan de beneficios en salud, con la misma estructura definida en esta resolución. La entidad administradora del plan de beneficios debe enviar los datos al Ministerio de Salud.

Los datos de la prestación individual de servicios de salud pagados

particularmente por los usuarios deben ser enviados por los prestadores de servicios de salud a las direcciones locales de salud, de acuerdo con el estándar de datos definido en esta resolución. Las direcciones locales de salud o quién haga sus veces deben enviarlos al Ministerio de Salud.

PARAGRAFO. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán solicitar a los prestadores de servicios de salud datos adicionales a los definidos en esta resolución, ni estadísticas o reportes consolidados que puedan ser obtenidos a partir de estos registros.

<Concordancias>

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [4449](#) de 2014

Resolución MINPROTECCIÓN SOCIAL 4725 de 2011; Art. [5o.](#)

CAPITULO IV.

PROCESOS INFORMATICOS EN LA GENERACION DE DATOS BASICOS SOBRE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 9o. PROCESOS INFORMATICOS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los prestadores de servicios de salud son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben: i) estandarizar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura definida en la presente resolución; ii) hacer el registro de los datos simultáneamente con la prestación del servicio de salud, y iii) garantizar la confiabilidad y validez de los datos.
2. En la validación de los datos, previo a su transferencia, deben verificar la consistencia de estos, en cuanto a los valores que asumen las variables y la referencia cruzada de las mismas.
3. En la transferencia de datos a las entidades administradoras de planes de beneficios, deben enviar los datos en los respectivos archivos, dentro del mismo mes o en los primeros veinte (20) días del mes siguiente a la facturación de los servicios de salud.

ARTÍCULO 10. PROCESOS INFORMÁTICOS PARA LA GENERACIÓN DE DATOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. <Artículo modificado por el artículo [3](#) de la Resolución 1531 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras de planes de beneficios están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud; la entrega oportuna al Ministerio de Salud y Protección Social y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios

prestados, de manera individualizada.

Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúen como administradoras para la prestación de servicios de salud a la población vinculada y a los beneficiarios del régimen subsidiado cubiertos con servicios de salud por fuera del POS-S, que sean financiados con recursos de oferta, deberán llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de los servicios prestados a la población, dentro de su ámbito territorial.

Estos procesos informáticos también se aplican al manejo de datos sobre prestación de servicios individuales de salud por eventos catastróficos, accidentes de tránsito y riesgos profesionales, sin perjuicio de los demás requerimientos especiales que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, para estos casos.

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

1. En la actualización de datos, deben recibir la información enviada por los prestadores de servicios de salud, verificar su procedencia y el período reportado e integrar los datos recibidos para conformar la base de datos de prestación de servicios de salud de su población usuaria.
2. En la validación de los datos, deben verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida; que los datos sean consistentes y verificar que los campos estén diligenciados correctamente.
3. En la organización de la información para ser enviada al Ministerio de Salud y Protección Social, deben generar, a partir de su base de datos de prestación de los servicios individuales de salud, los datos organizados que requiere el Sistema Integral de Información del SGSSS. Este proceso de organización, debe incluir los datos que estas generan en forma primaria.
4. En la transferencia de datos al Ministerio de Salud y Protección Social, deben enviar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a través de la Plataforma de Integración de Datos – PISIS del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro) desde sus instalaciones, según el anexo técnico “Envío de información de registros individuales de prestación de servicios de salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la plataforma PISIS”.

Las entidades administradoras de planes de beneficios deben transferir los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, validación y aceptación. Cuando los prestadores hayan transferido Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) correspondientes a meses anteriores, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán incluirlos en el reporte del mes, aclarando que dicha información corresponde a otro lapso.

<Notas de Vigencia>

- Artículo modificado por el artículo **3** de la Resolución 1531 de 2014, "por la cual se modifica la Resolución **3374** de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación", publicada en el Diario Oficial No. 49.137 de 29 de abril de 2014.

- Resolución modificada en lo pertinente por la Resolución **951** de 2002, publicada en el Diario Oficial No. 44.884, de 31 de julio de 2002, "Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS". El artículo **1** establece: "A partir de la vigencia de la presente Resolución, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, definidas en el numeral 2 de la Resolución 3374 de 2000, no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas con los RIPS, o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia de datos del validador del Ministerio de Salud. Lo anterior no obsta para que en la revisión de los soportes establecidos por las normas y las auditorías médicas y administrativas se demuestre la validez de la información contenida en las facturas o cuentas de cobro dentro del procedimiento normal establecido por las EAPB para su trámite.

PARÁGRAFO. Las EAPB deberán reportar la información de los RIPS, según lo establecido en la normatividad vigente. En aquellos casos en que la información reportada por la red de prestadores de servicios de salud no cumpla con los requerimientos técnicos establecidos en la normatividad vigente, las EAPB deberán enviar un informe, al menos cada dos (2) meses, sobre los principales problemas encontrados con la información reportada."

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD **25** de 2001

<Legislación Anterior>

Texto original de la Resolución 3374 de 2000:

ARTICULO 10. PROCESOS INFORMATICOS EN LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. Las entidades administradoras de planes de beneficios están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud; la entrega oportuna al Ministerio de Salud y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados, de manera individualizada.

Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúen como administradoras para la prestación de servicios de salud a la población vinculada y a los beneficiarios del régimen subsidiado cubiertos con servicios de salud por fuera del POS-S, que sean financiados con recursos de oferta, deberán llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de los servicios prestados a la población, dentro de su ámbito territorial.

Estos procesos informáticos también se aplican al manejo de datos sobre prestación de servicios individuales de salud por eventos catastróficos, accidentes de tránsito y riesgos profesionales, sin perjuicio de los demás requerimientos especiales que establezca el Ministerio de Salud, para estos casos.

Para los anteriores efectos, las administradoras de planes de beneficios en salud, y todas las entidades señaladas en el artículo **2o** de esta resolución, son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben recibir la información enviada por los prestadores de servicios de salud, verificar su procedencia y el período reportado e integrar los datos recibidos para conformar la base de datos de prestación de servicios de salud de su población usuaria.

2. En la validación de los datos, deben verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida; que los datos sean consistentes y verificar que los campos de datos estén diligenciados correctamente.

3. En la organización de la información para ser enviada al Ministerio de Salud, deben generar, a partir de su base de datos de prestación de los servicios individuales de salud, los datos organizados que requiere el Sistema Integral de Información del SGSSS. Este proceso de organización, debe incluir los datos que estas generan en forma primaria y que complementan los recibidos de los prestadores de servicios de salud.

4. En la transferencia de datos al Ministerio de Salud, deben enviar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, en medio magnético, según el anexo de especificaciones técnicas, que hace parte integrante de esta resolución.

Las entidades administradoras de planes de beneficios deben transferir los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, validación y aceptación. Cuando los prestadores hayan transferido Registros de Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, correspondientes a meses anteriores, las entidades administradoras de planes de beneficios podrán incluirlas en el reporte del mes, aclarando que dicha información corresponde a otro lapso.

ARTICULO 11. PROCESOS INFORMATICOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

1. En la actualización de datos, el Ministerio de Salud, en forma directa o mediante un operador externo, recibirá la información y actualizará sus bases de datos, integrando periódicamente la información recibida de las entidades administradoras de planes de beneficios para conformar la base de datos de la prestación de servicios de salud, con la información de todo el país.

2. En la validación de datos, el Ministerio de Salud directamente o por intermedio de un operador externo, previo a la actualización de las bases de datos, deberá verificar la procedencia y períodos informados; solicitar a las entidades administradoras de planes de beneficios la información que no haya sido enviada; verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida y que los campos de datos estén diligenciados correctamente.

3. Las inconsistencias identificadas serán reportadas a las entidades administradoras de planes de beneficios para su corrección. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, corregidos, deberán ser devueltos por las entidades en la misma estructura durante el mes siguiente.

4. En la retroalimentación de información a los organismos de dirección territorial, el Ministerio de Salud enviará trimestralmente a cada dirección departamental de salud, en archivos planos, los datos de los servicios de salud prestados a la

población de su departamento, discriminando la información por municipio (lugar de residencia de las personas) y por entidades administradoras de planes de beneficios. Las direcciones departamentales deberán entregar la información a sus respectivos municipios, con una periodicidad no mayor de cuatro (4) meses.

5. La información de cada municipio contendrá los datos de la prestación individual de servicios de salud a la población cubierta por el régimen contributivo en cada EPS, los prestados dentro del POS-S a la población cubierta por el régimen subsidiado, los prestados por fuera del POS-S a la población beneficiaria del régimen subsidiado, los correspondientes a la población vinculada, financiados con recursos de oferta y los originados por eventos catastróficos.

6. El Ministerio de Salud generará periódicamente la información consolidada y agrupada, a nivel nacional, para uso común de todos los participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 12. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, surte efectos a partir del 1o. de abril del año 2001, y deroga las Resoluciones **2546** de 1998, **1958** de 1999 y **1832** de 1999.

PARAGRAFO. La fecha de entrada en vigencia de la presente resolución para los profesionales que presten en forma independiente servicios de salud, es el 1o. de junio del año 2001, como lo establece la Resolución número **1077** de 2000.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D. C., a 27 de diciembre de 2000

SARA ORDOÑEZ NORIEGA
La Ministra de Salud

ANEXO TECNICO NUMERO 1.
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA TRANSFERENCIA DE DATOS
SOBRE PRESTACION INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD.

De conformidad con lo establecido en esta resolución y con el fin de unificar la estructura de datos sobre la prestación individual de servicios de salud, para la transferencia en medio magnético, se imparten las siguientes instrucciones:

1. Especificaciones técnicas para la identificación de medios de envío.

- Identificación externa del medio magnético

Todos los medios de envío externamente deberán tener una identificación con el siguiente contenido:

Nota: Para envíos por correo electrónico igualmente se debe enviar los datos de identificación externa como primer mensaje del correo electrónico.

- Estándar del archivo plano

Se aceptarán los archivos planos de datos que cumplan el estándar TXT.

- Medios magnéticos utilizados

Los medios de almacenamiento de datos que se deben utilizar para el envío de los archivos de datos son los siguientes:

- Disquete de 3.5", alta densidad
- Disquete ZIP, 120 MB
- CD-ROL, 74 min., 650 MB
- Características de los archivos planos
- Los archivos planos deben contener:

Archivo de registros de control:

Corresponde al archivo de registro de control de cada uno de los archivos enviados en los medios magnéticos. Este es el primer archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan los archivos.

Archivos de registro de datos:

Son los archivos que contienen los datos de las transacciones, de la descripción agrupada de los servicios de salud prestados, de los usuarios, de las consultas, de los procedimientos, de hospitalización, de urgencias, recién nacidos, de medicamentos y de otros servicios.

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

- Los campos de las variables del archivo deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco) igual se debe incluir el campo separado por comas (,,).
- Los campos tipo texto no deben tener ningún tipo de separador, solo se acepta el espacio en blanco. Se aceptarán números de factura que incluyan el carácter guión (-).
- Los campos numéricos que incluyan decimales, deben utilizar como separadores de decimales el punto (.). Los valores deben venir sin separación de miles.
- Los campos del dato fecha deben tener el formato Día/Mes/Año (dd/mm/aaaa), incluido el carácter (/).

- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (" "), ni ningún otro carácter especial.
- Los campos que contienen horas y minutos deben tener el formato hora:minutos (hh:mm), incluye los dos puntos. Sistemas de veinticuatro (24) horas.
- El número total de registros por cada volumen, no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.
- Nombres de los archivos

Los archivos de datos deberán identificarse con el tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres), para un nombre con un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo que debe ser TXT.

Los tipos de archivos son los siguientes:

CT = Archivo de control

AF = Archivo de las transacciones

US = Archivo de usuarios de los servicios de salud

AD = Archivo de descripción agrupada de los servicios de salud prestados

AC = Archivo de consulta

AP = Archivo de procedimientos

AH = Archivo de hospitalización

AU = Archivo de urgencias

AN = Archivo de recién nacidos

AM = Archivo de medicamentos

AT = Archivo de otros servicios

2. Archivos de datos que transfiere la institución prestadora de servicios de salud a la entidad administradora de planes de beneficios en medio magnético.

2.1 Registro de datos para el archivo de control

2.2 Registro de datos relacionados con la transacción de los servicios facturados

2.3 Registro de datos para el archivo - descripción agrupada de los servicios de salud prestados

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

2.4 Registro de datos relacionados con el servicio y el valor

- Registro de datos para el archivo de usuarios de los servicios de salud
- Registro de datos para el archivo de consulta
- Registro de datos para el archivo de procedimientos
- Registro de datos para el archivo prestación individual de servicios de urgencia con observación.
- Registro de datos para el archivo de hospitalización
- Registro de datos para el archivo de recién nacidos
- Registro de datos para el archivo de medicamentos
- Archivo de datos para el archivo de otros servicios

3. Archivos de datos que transfieren las entidades administradoras de planes de beneficios al Ministerio de Salud.

3.1. Registro de datos para el archivo de control

3.2. Registro de datos para el archivo de valores totales por concepto

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

3.3. Registro de datos relacionados con el servicio y el valor

- Registro de datos para el archivo de usuarios de los servicios de salud
- Registro de datos para el archivo de consulta
- Registro de datos para el archivo de procedimientos
- Registro de datos para el archivo de prestación individual de servicios de urgencia con observación
- Registro de datos para el archivo de hospitalización
- Registro de datos para el archivo de recién nacidos

- Registro de datos para el archivo de medicamentos

<Concordancias>

Circular MINISTERIO DE SALUD 25 de 2001

ANEXO TECNICO NUMERO 2. ESPECIFICACION DE DATOS PARA LA EPICRISIS.

El resumen de historia clínica o epicrisis, como soporte de la factura de venta de servicios de salud definida en la presente resolución, debe contener los siguientes datos mínimos, sin perjuicio de los adicionales que los prestadores de servicios de salud decidan registrar.

Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de epicrisis ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Datos mínimos:

- De identificación
- Nombres y apellidos
- Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica
- Edad
- Sexo
- Servicio de ingreso
- Fecha y hora de ingreso
- Servicio de egreso
- Fecha y hora de egreso
- Del ingreso
- Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario)
- Estado general al ingreso (especialmente cuando sea una urgencia)
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Revisión por sistemas, relacionada con el motivo que originó el servicio
- Hallazgos del examen físico

- Diagnóstico: incluir los presuntivos, confirmados y relacionados
 - Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico
 - De la evolución
 - Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo (se deben incluir complicaciones, accidentes u otros eventos adversos que hayan surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización).
 - Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
 - Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten.
 - Del egreso
 - Diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados
 - Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad funcional si la hubiere
 - Plan de manejo ambulatorio
 - Del médico que elaboró la epicrisis
 - Nombres y apellidos legibles
 - Firma
 - Número del registro
- <Concordancias>

Circular MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [40](#) de 2012

Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL [33](#) de 2011

<Consultar el **Anexo** incluido en la Resolución 1531 de 2014: “Envío de información de registros individuales de prestación de servicios de salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la plataforma PISIS”>