

**SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DEL SGSSS  
- SIIS -**



**CÓMO ORGANIZAR E IMPLEMENTAR  
LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD  
- RIPS -**

- Resolución 3374 de 2000

**GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LOS  
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

Revisión Parcial  
Febrero 28 de 2001

**BOGOTÁ, D.C. Enero de 2001**



**SARA ORDÓÑEZ NORIEGA**  
MINISTRA DE SALUD

**MAURICIO BUSTAMANTE**  
VICEMINISTRO DE SALUD

**DOLLY ESPERANZA OVALLE CARRANZA**  
COORDINADORA GRUPO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**ELABORACIÓN**

**MARIELA BARRERA DE BUSTOS**  
**AICARDO OLIVEROS CASTRILLÓN**  
**ANDRÉS O. GUARDIAS MARTÍNEZ**

## CONTENIDO

<b>ASPECTOS GENERALES</b>	<b>4</b>
1. Utilidad del RIPS	4
2. Propósito de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS	6
3. Generalidades de la información de prestaciones de salud	6
<b>I. LOS DATOS DEL RIPS</b>	<b>9</b>
1. Datos de identificación	9
2. Datos del servicio	10
a) Consulta	10
b) Procedimientos	11
c) Urgencia	12
d) Hospitalización	14
e) Administración de medicamentos	15
f) Otros servicios	16
3. Datos del motivo	17
a) Causa externa	17
b) Diagnóstico	19
3. Datos del valor	20
<b>II. PROCESO DE FACTURACIÓN Y LA GENERACIÓN DE MEDIOS MAGNÉTICOS</b>	<b>21</b>
1) El proceso de facturación	21
2) La generación de los RIPS en medio magnético	27
3) Estructura de los archivos planos	38
<b>III. AUDITORÍA PREVIA A LA PRESENTACIÓN DE LAS CUENTAS</b>	<b>42</b>
<b>IV. CÓMO ORGANIZAR LOS PROCESOS DE LA IPS PARA IMPLEMENTAR LOS RIPS</b>	<b>44</b>
<b>V. EJERCICIOS PARA REALIZAR CONJUNTAMENTE CON EL EQUIPO DE TRABAJO INSTITUCIONAL</b>	<b>45</b>
<b>RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES Y PROBLEMAS</b>	<b>48</b>

---

---

## **ASPECTOS GENERALES**

---

**El 1º abril del año 2001** se inicia la implementación definitiva del Sistema de Información sobre los servicios de salud prestados a la población, cualquiera sea su pertenencia al Sistema General de Seguridad Social o a los regímenes especiales de seguridad social.

Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben iniciar el proceso de generar los datos propios del servicio desde la facturación, de acuerdo con las especificaciones técnicas que se establecen en la Resolución 3374 de 2000 desde el primero de abril de 2001.

Los profesionales independientes deberán cumplir con esta norma desde el 1º de junio del año 2001.

La Resolución 3374/2000, define el Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS, como el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

### **1. Utilidad del RIPS**

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sirve para que los prestadores de servicios de salud puedan:

- Soportar el valor cobrado por los servicios de salud prestados a las personas ante la entidad pagadora de los servicios de salud
- Informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, per cápita o servicios integrales.
- Conocer el perfil de salud de la población que atienden, las causas que generan la demanda de servicios y las intervenciones de salud que se hacen para prevenir, curar o controlar las enfermedades.

Las entidades administradoras al recibir el detalle de las facturas en medio magnético, podrá conformar y luego poblar una base de datos sobre los servicios de salud prestados a sus afiliados, asegurados o clientes, conocer el costo de los servicios según distintos conceptos, y podrá revisar en forma mas confiable las cuentas individuales que le han sido facturadas, para poderlas pagar.

Las entidades de dirección y control como las direcciones locales y departamentales de salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, podrán contar con los datos unitarios y agregados sobre los servicios prestados en el Sistema, y por fuera de él, y podrán:

- Conocer el estado de salud o enfermedad de la población en un área territorial, en una entidad administradora, en un determinado período de tiempo, las diferencias por edad y sexo, y otras características.
- Monitorear la cobertura de acciones de promoción y prevención, por riesgos y grupos étnicos
- Llevar a cabo las actividades de vigilancia en salud pública,
- Realizar el control sobre los servicios de salud prestados con cargo a los recursos de oferta

### ***En general, los datos del RIPS sirven para***

- Formular políticas de salud
- Realizar la programación de oferta de servicios de salud
- Evaluar coberturas de servicios
- Asignar recursos financieros, humanos y técnicos
- Validar el pago de servicios de salud
- Fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico
- Ajustar la Unidad de Pago por Capitación
- Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud
- Controlar el gasto en salud
- Ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud
- Conocer el perfil de morbilidad y mortalidad

## **2. Propósito de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)**

El sistema de información sobre la prestación de servicios de salud busca:

- Reducir el esfuerzo administrativo de los prestadores y las entidades administradoras, en la organización de la prestación de los servicios, al unificar y estandarizar la fuente, estructura y flujo de los datos, entre los distintos actores del Sistema de Salud y Seguridad Social.
- Facilitar la comparación de la información sobre las prestaciones de salud.
- Integrar en un único proceso la información estadística y la relacionada con la facturación de venta de servicios de salud.
- Facilitar el aprovechamiento de la información por parte de las entidades administradoras, de dirección y control en sus procesos de gestión y control.

## **3. Generalidades de la información de prestaciones de salud**

La integración de los datos de identificación del usuario del servicio de salud con los datos del servicio prestado, los datos del motivo y los del valor de cada atención, en un único proceso automatizado de facturación, y a la vez poder alimentar un sistema de información estadística, en cada una de las instituciones y entidades involucradas, es la mayor pretensión de esta reglamentación.

El sistema de registro de la prestación individual de servicios de salud, comprende:

- La unificación del contenido y estructura de los datos sobre la transacción, el usuario del servicio y el servicio mismo.
  - El contenido y forma de presentación de la factura: sin contravenir las normas sobre los requisitos establecidos por la DIAN, se amplia la
-

descripción del detalle del concepto y se definen los distintos tipos de registros en los cuales está contenida la descripción ampliada del concepto.

- La definición de la identificación de los archivos, los medios magnéticos, y los estándares técnicos de un archivo plano, en los cuales se transferirán los datos.

### Esquema de organización de la información de prestaciones de salud

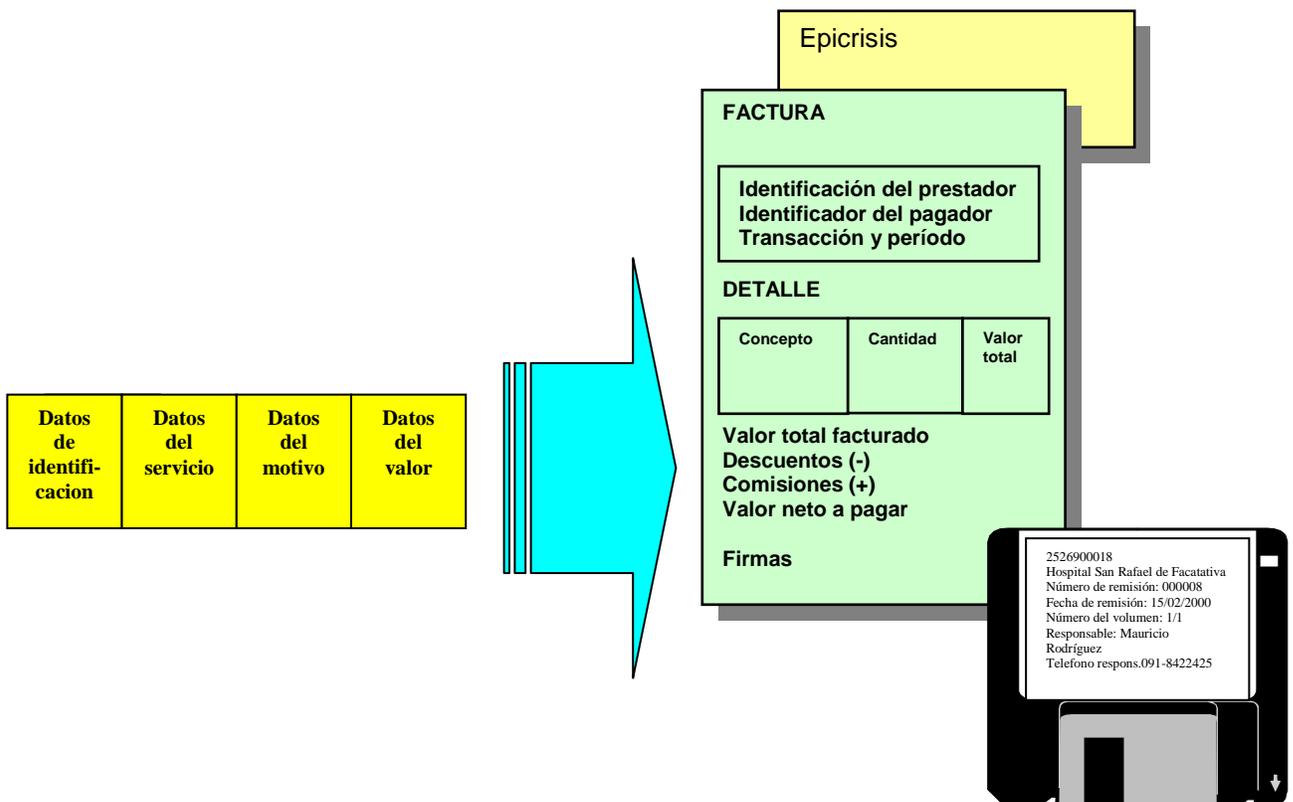


Gráfico No. 1

La institución prestadora de servicios de salud debe incluir en los archivos planos, únicamente los datos contemplados en la Resolución 3374/2000, para soportar el proceso de cobro del servicio de salud a la entidad pagadora (entidad administradora del plan de beneficios en salud o las que se asimilen). Adicionarán a la factura en medio magnético, como único soporte, el medio magnético con los registros individuales. Los datos básicos de la factura, los

podrán enviar las IPS impresos, para dar cumplimiento a las normas legales que les aplique.

También las facturas en los casos permitidos por la norma se acompañaran para el cobro, de la epicrisis o resumen de atención del paciente y sólo en casos excepcionales de la copia de la historia clínica.

## LOS DATOS DEL RIPS

---

El Registro Individual de Servicios de Salud está conformado por cuatro clases de datos, que aplican dependiendo del servicio de salud registrado:

- Datos de identificación
- Datos del servicio
- Datos del motivo de la atención
- Datos del valor

### 1. Datos de identificación

Los datos de identificación son indispensables para que el prestador pueda soportar el cobro de la atención al usuario y para integrar las distintas actividades de salud que conforman un evento de atención a un usuario.

Los datos de identificación están conformados por el número del documento de identificación civil y por los nombres, apellidos, edad, sexo y residencia habitual, cuando estos últimos se requieran.

Cuando los usuarios son del régimen contributivo o subsidiado solo se requieren los datos relativos al tipo y número del documento de identificación. Los demás datos sobre identificación del usuario se diligencian para la población vinculada, igual que para los particulares, solo que en éstos los datos de nombres y apellidos no se registran.

Cuando la atención a los usuarios se facture a entidades distintas a EPS, Entidades obligada a compensar (EOC) o ARS, deben diligenciar la totalidad de los datos de identificación, excepto nombres y apellidos.

Cuando el usuario es afiliado al régimen subsidiado y recibe atenciones por fuera del POS-S, en el dato "tipo de usuario" debe señalar "subsidiado", y en los datos de la transacción: entidad administradora será la dirección departamental o local de salud, y en plan de beneficios debe escribir "fuera del POS-S"

En el caso de recién nacidos que requieran hospitalización u otros servicios, y que no posean aún el registro civil, el dato de número de identificación debe conformarse con el número de identificación de la madre seguido del carácter slash (/), seguido del número consecutivo que identifique cada hijo en caso de haber más de un recién nacido.

El dato residencia habitual corresponde al sitio donde ha residido en forma permanente en los últimos seis meses o para el caso de personas que cambien permanente de zona de residencia será aquella donde haya permanecido mas tiempo, en los últimos seis meses.

En el dato zona, se considera urbana cuando el usuario vive en el casco urbano del municipio y rural cuando el usuario vive fuera de este.

## **2. Datos del servicio**

Los datos básicos del servicio se refieren a sus características, como tipo de servicio, unidad funcional donde se presta, finalidad de la atención, personal de salud que realiza la atención.

Los datos del servicio aplican a los siguientes:

- Consultas
- Procedimientos
- Atención en observación de Urgencias
- Hospitalización
- Administración de medicamentos
- Materiales e insumos utilizados en la atención
- Suministro de prótesis o de elementos de ortesis
- Traslado de pacientes
- Honorarios de profesionales de la salud

### **a) Datos de la Consulta**

En el dato de consulta se incluyen las 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.

Las consultas a registrar son las realizadas por médicos (generales y especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapeutas, nutricionistas, optómetras y otros.

En la prestación del servicio de salud de salud oral, la consulta corresponde a la sesión en la cual el odontólogo hace el examen general del estado buco-dental y formula un plan de tratamiento integral. Las sesiones para ejecutar ese plan se registran en procedimientos. Igualmente se incluyen las consultas de control.

El dato en el registro de consulta correspondiente a finalidad sólo se debe diligenciar para las consultas asociadas a promoción y prevención

Lo que identifica si la consulta es de primera vez o repetida, de qué profesión y si es general o especializada es el código de la consulta en el codificador utilizado.

## ***b) Datos de los Procedimientos***

Estos datos se refieren a 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, de laboratorio clínico, quirúrgicos y no quirúrgicos, como las terapias física, respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

† *Los procedimientos de protección específica y detección temprana se estipulan en la Resolución 412 de 2000 y sus anexos.*

Los procedimientos se deben registrar con el código respectivo del manual tarifario que se utilice para cobrar dichos procedimientos.

El ámbito de realización del procedimiento corresponde al área institucional donde se presta el servicio: ambulatorio, hospitalario o de urgencia.

La variable "Personal que atiende" sólo debe ser diligenciada para el procedimiento de parto.

El dato "forma de realización del acto quirúrgico", es una variable de utilidad sólo en la liquidación del valor del procedimiento. Se explica en detalle en el capítulo de facturación.

**Ejemplo:**

*Una paciente en edad reproductiva, con relaciones sexuales activas, acude a su control de citología cérvico-vaginal anualmente, en la forma como se ha realizado el plan de prevención para la detección temprana de Cáncer de Cérvix.*

*Otra paciente en iguales condiciones puede ser sometida a la citología cervico-uterina por presentar leucorrea no especificada y cuello crateriforme al tacto vaginal.*

*En el primer caso el procedimiento tiene una finalidad de detección temprana de enfermedad general y el segundo tiene una finalidad diagnóstica.*

**c) Atención de la Urgencia con observación**

Si bien en el servicio de urgencia se realizan consultas y procedimientos, que se registran en los respectivos RIPS, los datos que conforman el registro de urgencias corresponden a la estancia del paciente en la unidad de observación de urgencias, ocupando una cama.

Si un usuario después de una consulta de urgencia requiere procedimientos diagnósticos o terapéuticos y debe permanecer varias horas en el servicio de

urgencias pero no está encamado bajo observación, no se genera registro de urgencias.

**Ejemplo 1:**

1. Una paciente ingresa a la unidad de urgencia y en la consulta se encuentra un cuadro de cefalea intensa, fotofobia y malestar general. Se evidencia como dato significativo tensión arterial alta (150/105), por lo que se decide dejar al paciente en observación para el manejo de la crisis hipertensiva y hacer el estudio confirmatorio de la causa de la cefalea. Se inicia antihipertensivos orales y analgésicos parenterales y se realiza una tomografía axial computarizada, cuyo reporte fue normal. La paciente a las cuatro horas evoluciona satisfactoriamente de su crisis hipertensiva y se da de alta.

2. En este caso se generaron los siguientes registros individuales de prestación de servicios de salud:

- Registro individual de consulta de urgencia
- Registro individual de observación de urgencias
- Registro de cada uno de los medicamentos
- Registro individual de procedimientos para el TAC cerebral
- Registro individual de otros servicios para los honorarios del servicio integral de urgencia.
- Registro individual de otros servicios para la estancia de urgencias

**Ejemplo 2:**

Un paciente ingresa a la unidad de urgencia con malestar general acompañado de picos febriles agudos. Durante la consulta en esta unidad se evidencia un síndrome viral de vías respiratorias altas, por lo que se prescriben los medicamentos analgésicos y antihistamínicos. El paciente sale de urgencia.

En este caso sólo se deben generar los registros individuales de prestación de servicios de salud de consulta y el de medicamentos si estos fueron entregados por la institución.

### **d) Datos sobre la Hospitalización**

En una hospitalización se generan registros individuales de prestación de servicios de procedimientos, interconsultas, medicamentos y otros servicios que se registran en los respectivos RIPS y en el registro individual de la hospitalización.

Cuando en la hospitalización se hacen procedimientos relacionados con el parto se debe diligenciar el Registro individual de Recién Nacido y todos los relacionados con la hospitalización de la madre.

El dato de días de estancia hospitalaria se obtiene de la fecha y hora de ingreso y fecha y hora de egreso del servicio de hospitalización. Cuando el paciente ingresa por cualquier motivo a una sala especial, diferente al servicio de hospitalización (UCI o cuidados intermedios), se debe generar un RIPS de otros servicios bajo el parámetro de estancia y con el código del servicio respectivo.

#### **Ejemplo:**

*Un paciente visto en consulta externa con una insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, recibe orden de hospitalización, donde al ingreso le realizan un electrocardiograma, Rx de Tórax y se inicia diuréticos cardiorremodeladores y otros medicamentos. Se practican laboratorios varios: cuadro hemático, glicemia, creatinina, BUN, parcial de orina. Al tercer día, con evolución poco satisfactoria el paciente es trasladado a un nivel de mayor complejidad.*

En este caso se generaron los siguientes registros individuales de prestación de servicios:

- Registro individual de hospitalización
- Un registro individual por cada procedimiento: EKG, Rx, cuadro hemático, glicemia, creatinina, BUN, parcial de orina.

- Un registro individual de cada medicamento: diuréticos, cardiorremodeladores, otros medicamentos
- Registro individual de otros servicios: estancia hospitalaria
- Un registro individual de otros servicios: honorarios
- Un registro individual de otros servicios: traslados

### ***e) Datos sobre los Medicamentos***

El registro de medicamentos incluye tanto los medicamentos del POS como los medicamentos por fuera del POS.

Para el registro de los medicamentos del POS se deben incluir, además de la identificación, los siguientes datos:

- Código del medicamento, según la Resolución 1830 de 1999. y los demás datos como si se tratara de medicamento fuera del POS.
- Tipo de medicamento
- Nombre del medicamento, solo en el caso de medicamentos que se hayan incluido en el POS y aún no se les haya asignado código; debe registrarse el nombre genérico en el campo respectivo
- Número de unidades administradas o aplicadas
- Valor unitario del medicamento
- Valor total de los medicamentos administrados

***† En el anexo 1 de la Resolución 3374 dato Código del medicamento, aparece "Diligenciable obligatoriamente cuando el medicamento es No Pos". Debe leerse "Diligenciable obligatoriamente cuando el medicamento es POS".***

Para el registro de los medicamentos fuera del POS, se deben registrar, además de los datos de identificación del usuario, los siguientes:

- Tipo de medicamento.
  - Nombre genérico del medicamento: este dato es indispensable por cuanto no existe un código estándar para la identificación de estos medicamentos.
-

- Código del medicamento: puede usarse este campo cuando entre la entidad administradora y el prestador se ha convenido algún sistema de codificación. De no ser así el campo debe ir en blanco ( , , ).
- La forma farmacéutica
- Concentración
- Unidad de medida del medicamento
- Número de unidades. Siempre se debe diligenciar y corresponde al número total de dosis aplicadas o suministradas del medicamento.
- Valor unitario
- Valor total de los medicamentos administrados

### **f) Otros servicios**

En este campo se deben registrar los siguientes conceptos, cuando apliquen:

- **Estancia:** Incluye la estancia en urgencias, la hospitalaria, el uso de salas de cirugía (derecho a sala), sala de partos o sala de procedimientos. La estancia en servicios de hospitalización, debe registrarse por tipo de servicio o unidad especial (UCI, cuidado intermedio, unidad de quemados u otros).
- **Materiales e insumos utilizados en la atención:** Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado.
- **Traslado de pacientes:** Incluye el traslado del paciente antes de la atención en ese centro, durante la hospitalización o cuando es dado de alta y debe ser llevado a otra institución de mayor o menor nivel, o a la casa, albergar u otro.
- **Honorarios:** Aplica sólo a honorarios de profesionales de la salud y solo cuando no se encuentren incluidos dentro de la liquidación propia de un procedimiento o actividad según el tarifario utilizado

El tipo de servicio se debe identificar con el codificador del tarifario con el cual esté facturando dicho servicio.

Por cada tipo de servicio se debe diligenciar la cantidad total de unidades de la siguiente forma:

- Estancia: en días para hospitalización; en horas para la observación en urgencias; en salas especiales solamente se debe diligenciar el valor total por su utilización para un determinado procedimiento, de acuerdo con el manual tarifario utilizado.
- Materiales e insumos: el número de unidades aplicadas o utilizadas en la atención del paciente
- Traslados: el número de viajes realizados en el o los traslados del paciente (de ida y regreso), por cada tipo de traslado
- Honorarios: se registran los honorarios por servicios distintos a los de procedimientos quirúrgicos, que ya se han incluido en el valor de éste.

### 3. Datos del motivo

Los datos básicos del motivo se refieren a las causas que originaron la prestación de los diferentes servicios, y comprenden la causa externa y el diagnóstico.

#### a) Causa externa

La causa externa o motivo que origina la demanda del servicio, incluye: accidentes (trabajo, tránsito, rábico, ofídico y otros), lesiones (por agresión y autoinfligida), eventos catastróficos, enfermedad general y sospecha de enfermedad profesional o violencia (maltrato físico, abuso sexual, violencia sexual y maltrato emocional).

Se entiende por:

- Accidente de tránsito: todo accidente ocurrido entre vehículos de transporte (automotores, bicicletas, motocicletas) o de estos con objetos distintos en la vía de circulación, en el cual se ha producido lesión a las personas, sea como conductoras, ocupantes o peatones.
- Accidentes de trabajo son aquellos que se pueden producir como consecuencia o con ocasión del trabajo. Puede ocurrir que en desarrollo del trabajo ocurra un accidente de tránsito, en este caso se registra como accidente de tránsito.

- Accidente rábico corresponde a la mordedura de una persona por un animal en el cual se sospecha presencia del virus de la rabia, y por consiguiente la de contagio.
- Accidente ofídico corresponde a la mordedura de una persona por una serpiente, donde se sospecha intoxicación secundaria a la inoculación del veneno, en el evento.
- Eventos catastróficos son todos los sucesos de origen natural, antrópico (de origen humano) y de orden social complejos, de cuya ocurrencia resultan afectadas las personas de la comunidad donde se presenta. El SGSSS los reconoce como causa de la demanda de servicios que se cubren con recursos provenientes de la subcuenta de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
- Lesiones por agresión son todas aquellas originadas en forma culposa por otro individuo.
- Lesiones autoinfligidas son todas aquellas propiciadas por el mismo individuo a su organismo.
- Sospecha de maltrato físico. Es la que surge de la forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional, ya que es generada con una intencionalidad específica. Es el uso de la fuerza en forma intencional dirigida a herir o lesionar a otro, ejercida por una persona de la familia, una persona responsable del cuidado o por personas que interactúan en espacios sustitutos de la familia.
- Sospecha de abuso sexual. Es la presunción de contacto o interacción entre un menor y un adulto, o entre adultos (uno de ellos en estado de indefensión) en el que el abusado es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de un tercero. El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de control o poder sobre el menor.

- Sospecha de violencia sexual. Es la sospecha de toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales, e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad. Este tipo de violencia incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea.
- Sospecha de maltrato emocional. Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, en forma temporal o permanente.
- Enfermedad general: toda patología resultante de la interacción del individuo con su entorno, bien sea por la acción de agentes externos patógenos o internos (factores predisponentes o causales, congénitos o hereditarios).
- Enfermedad profesional: son las que se originan como consecuencia o con ocasión del trabajo que desarrollan los trabajadores.
- Otra causa externa: se registra cualquiera otra causa no incluida en las anteriores.

## **b) Diagnóstico**

- **Principal:** es el diagnóstico correspondiente a la patología que originó los signos y síntomas por los cuales el usuario sintió la necesidad de consultar a la institución o al prestador independiente. Es un dato obligatorio de registrar.
  - **Relacionado:** para efectos del RIPS, los diagnósticos relacionados serán todos aquellos que dentro de una misma atención, originen alguna conducta médica, o estén relacionados con el principal, aunque no generen una conducta médica en ese evento de atención.
-

Los diagnósticos se codificarán con la CIE novena revisión, ajustada y complementada por el Ministerio de Salud, mediante resolución 945 de 1.999

- **Tipo de diagnóstico:**

El diagnóstico puede ser presuntivos, cuando solo se tiene una impresión de la posible patología por los signos, síntomas y hallazgos del examen físico, cuando no se ha podido confirmar un diagnóstico; puede ser confirmado nuevo cuando el profesional tiene la confirmación por medios diagnósticos por primera vez, en ese paciente; de lo contrario será confirmado repetido.

### **3. Datos del valor**

El valor unitario de las consultas, procedimientos y otros servicios se registra según el convenido con cada entidad administradora, en el tarifario respectivo.

En los procedimientos quirúrgicos el valor corresponde a la sumatoria de los factores que integran dicho valor, es decir: honorarios (médicos y del anestesiología), derechos de sala, materiales y suministros.

## **II. PROCESO DE FACTURACIÓN Y GENERACIÓN DE MEDIOS MAGNÉTICOS**

---

### **1) El proceso de facturación**

La facturación de servicios de salud en las IPS y los prestadores independientes es un proceso esencial de la institución y del profesional. La sostenibilidad financiera de estos depende de que cobren todas las atenciones que presten, las cobren adecuadamente y en el menor tiempo posible después de prestadas. Y de la sostenibilidad financiera depende la mejora continua de los servicios y de las condiciones físicas, humanas y de confort de los usuarios que los hace clientes leales de ellos.

Puesto que es un instrumento de acompañamiento permanente del paciente durante su proceso de atención, y recoge los datos principales de su estado de salud y los servicios que recibe, se constituye en el medio más expedito para contar con la información confiable sobre la salud y los servicios que recibe, la población.

Un buen proceso de facturación, está determinado por varias condiciones previas:

- Unos términos de contratación claros y precisos
- La información sobre los contratos, la población a cubrir, los servicios contratados y las tarifas, en una base de datos que pueda ser consultada en el momento de ingresar a un paciente, o que se encuentre en línea con el software de facturación
- Unos procesos operativos bien definidos, estandarizados, y cumpliéndose a cabalidad, entre los cuales estén los del registro manual y su captura a los medios magnéticos
- Un software de facturación amigable, seguro y flexible que facilite las operaciones de acuerdo con los requerimientos generales y de la institución
- Un personal entrenado, comprometido y responsable al frente del proceso de facturación y los que le son conexos
- Un líder técnico - administrativo



Actualmente, las empresas e instituciones que contratan servicios de salud, mediante la modalidad de contratación de pago por servicio o por paquete, requieren de una factura para poder pagar las atenciones prestadas, según las disposiciones de la DIAN. Para el pago de los servicios prestados, la entidad contratante exigirá al prestador una factura, acompañada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, como requerimiento indispensable para el pago y en los casos de urgencia y hospitalización acompañada de la epicrisis. En los casos previstos por la Resolución 3374/2000 se podrán anexar documentos clínicos y administrativos adicionales.

- +* Para la urgencia con observación, la hospitalización, servicios de alto costo o que sean objeto de reaseguro se debe anexar a la factura copia de la epicrisis firmada por el médico que la elabora o el responsable de la prestación del servicio de salud. Solamente el administrador del plan de beneficios podrá solicitar copia de toda o parte de la historia clínica, cuando se trate de servicios de alto costo o reasegurados.
  
- +* Para las reclamaciones de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas y accidentes de trabajo, además de la epicrisis, se deben presentar los soportes específicos que establezcan las normas vigentes al momento de la contratación.
  
- K** En la modalidad de contratación por capitación, la factura no está asociada a la información de prestación de servicios de salud y se deben registrar cada una de las actividades ocasionadas dentro del contrato en la estructura de los RIPS sin valor.

Sin embargo, todo prestador de servicios de salud tiene la obligación de conservar sus registros clínicos y demás documentos que puedan soportar

---

legalmente los cobros efectuados, para posterior revisión y aclaración sobre la prestación de los servicios facturados.

**K** Para poder incluir los conceptos de otros servicios en el archivo de descripción agrupada de los servicios de salud, en la variable tipos de servicios del RIPS de otros servicios se debe adicionar como valor permitido "5" que corresponde a "Derechos de Sala", correspondiente en el archivo agrupado con el código de concepto 8 "Derechos de Sala".

Es importante anotar que estos derechos de sala deben ser sólo los diferentes a los contemplados dentro de la liquidación de un procedimiento según el tarifario utilizado.

**K** En el archivo de descripción agrupada en el valor permitido 10 de la variable "código del concepto" debe venir y diligenciarse siempre en blanco. Los registros para la liquidación de este concepto "Banco de Sangre" (10) deberán desagregarse de acuerdo con la naturaleza de su agrupamiento.

Ejemplo: Pedro Pérez ameritó la transfusión de dos (2) unidades de glóbulos rojos que generarían los siguientes registros y su migración al archivo de descripción agrupada:

- Registro de otros servicios: suministro 2 unidades de glóbulos rojos; esto migraría al archivo de datos agrupados en el código de concepto valor permitido "09".
- Registro de otros servicios: suministro equipo de transfusión; esto migraría al archivo de datos agrupados en el código de concepto valor permitido "09".
- Registro de procedimiento para administración de sangre y hemoderivados esto migraría al archivo de datos agrupados en el código de concepto valor permitido "03".
- Diversos registros de procedimientos de laboratorio clínico que migrarían al archivo de datos agrupados en el código de concepto valor permitido "02".

La factura siempre se debe generar en papel, para lo cual se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Los servicios de salud deben venir organizados y agrupados por conceptos.
- Si alguno de los procedimientos (especialmente para los quirúrgicos) que tienen varios ítems de liquidación, deben especificarse uno a uno dentro de la factura y en el orden cronológico de realización.
- La sumatoria de los valores individuales de los ítems debe ser igual al valor total del procedimiento facturado.

Para el visado de las cuentas y el control sobre la pertinencia de las atenciones prestadas, las entidades contratantes deben implementar sistemas de control estadístico y auditorías específicas, haciendo verificaciones concurrentes al servicio.

Por lo tanto, el objeto fundamental de registrar los datos de prestaciones de salud y presentarlo en un medio magnético de lectura común, para todos los responsables del pago de los servicios de salud, es poder acompañar la factura de cobro con información completa y confiable que facilite su verificación y la aprobación del pago.

En la factura deben expresarse los valores de los servicios prestados, para lo cual es importante tener en cuenta:

- El valor de la cuota moderadora, aplicable únicamente a la consulta, corresponde a la parte del valor de la consulta recaudado por el prestador del servicio, en forma directa al usuario que se encuentra afiliado a un plan de beneficios.
- El valor total del pago compartido, corresponde al copago que debe realizar el usuario beneficiario por los servicios prestados, dependiendo del plan de beneficios al que pertenezca y su calidad de afiliación y es deducible del valor que se cobra a la entidad administradora.

- El valor de la comisión corresponde a la que se paga a la institución por realizar estudios diagnósticos para confirmar enfermedad profesional (Resolución 2569/1998).

Ejemplo:

El detalle de una factura, aunque puede organizarse de muchas formas, dependiendo de las condiciones establecidas con la entidad contratante, la siguiente es una forma general en que puede organizarse la factura de venta de servicios.

Concepto	Nombre	Cantidad	V/r unitario	V/r total	Total EPS
01	Consulta MG	1	8.350.00	8.350.00	8.350.00
02	Gravindex	1	5.590.00	5.590.00	5.590.00
04	Apendicectomía	1		355.000.00	355.000.00
07	Honorario cirujano			80.000.00	
07	Honorario ayudante			25.000.00	
07	Honorario anestesiólogo			50.000.00	
08	Derecho de sala			110.000.00	
09	Materiales e insumos			90.000.00	
12	Gentamicina			10.000.00	10.000.00
12	Clindamicina			20.000.00	20.000.00
04	Ooforectomía	1		116.250.00	116.250.00
07	Honorario cirujano			60.000.00	
07	Honorario ayudante			18.750.00	
07	Honorario anestesiólogo			37.500.00	
08	Derecho de sala			0.00	
09	Materiales e insumos			0.00	
Subtotal factura-----					\$ 515.190.00
Valor total del pago compartido -----					51.519.00
Valor total de la comisión -----					0.00
Valor total de descuentos -----					0.00
Valor neto a pagar-----					\$ 463.671.00

Notese que en el caso de la apendicectomía, aunque se desagregan los valores de los ítems individuales del procedimiento, estos son sumados para conformar el valor total del procedimiento apendicectomía y que con el procedimiento ooforectomía, se aplican las pautas de liquidación del manual tarifario y aunque se desagregan los ítems de la cirugía, se muestra que la sumatoria de ella genera el valor de esta segunda cirugía en el mismo acto quirúrgico, con los derechos de salas y suministros en cero (0).

## 2) La generación de los RIPS en medio magnético

Para explicar cómo los prestadores organizan la información, analizaremos el siguiente ejemplo de una prestación de servicios del año pasado, con los contenidos de la actual Resolución.

**Ejemplo:** *Ana Rosa Carranza Sanchez, 27 años de edad, habitante de la zona rural de Albán (Cundinamarca), con número de cédula 70.440.677, afiliada al SGSSS hace 2 años como beneficiaria de su esposo quien cotiza al ISS.*

*Acude, el 15 de enero de 2001, al Hospital San Rafael del municipio de Facatativá con hematomas faciales que hacen sospechar la ocurrencia de maltrato físico. En la revisión por sistemas se encuentra sintomatología característica del primer trimestre del embarazo. Le realizan el diagnóstico (Dx) de presunción de embarazo, que se confirma por prueba paraclínica. Se confirma el embarazo, que por fecha de última regla (FUR) no es definido, por presentar ciclos irregulares y amenorrea de más o menos nueve (9) meses. Se ordena ecografía obstétrica y otros exámenes que la paciente no realiza y no acude nuevamente a control de su embarazo.*

*Los diagnósticos identificados fueron los siguientes: embarazo normal primer control (677.1) y otros trastornos y el no especificado de los tejidos blandos (729.9).*

*Cinco (5) meses después Ana Rosa, en la ciudad de Bogotá el día 5 de junio de 2001 a las 17:00 horas, acude de urgencia a una institución de I nivel de complejidad a la red de servicios de su EPS (CAB de Chapinero) por presentar salida de líquido bajo, contracciones abdominales, cefalea y náuseas.*

*Se le práctica consulta de urgencia, le encuentran tensión arterial (TA) de 160/100, una certeza de embarazo con altura uterina (AU) de 32 centímetros y se verifica por prueba directa la ruptura prematura de membranas (RPM) al igual que su actividad uterina. Los diagnósticos identificados fueron los siguientes: ruptura prematura de las membranas (761.1) y preeclampsia leve o no calificada (642.4)*

La paciente se deja en observación a partir de las 17:15 horas del mismo día, donde se toman las medidas terapéuticas y de estabilización necesarias, dadas por canalización de vía venosa con administración de lactato de ringer, captopril 12.5 Mgs. sublingual, tramadol 200 Mgs en 500cc de L.Ringer a 20 gotas por minuto .

Por ser embarazo de alto riesgo con otro alto riesgo sin definir, se traslada a las 19:15 horas a la Clínica San Pedro Claver, institución de III nivel con servicios de IV nivel de complejidad.

Ingresa a la Clínica San Pedro Claver a las 20:00 horas, con embarazo de 32 semanas presuntivo por altura uterina (AU), preclampsia leve y ruptura prematura de membranas (RPM), con actividad uterina. Se realiza una consulta de urgencia, donde se ordena la toma de ecografía obstétrica de urgencia, que muestra feto único vivo longitudinal cefálico dorso izquierdo (FUVLCDI), con frecuencia cardíaca fetal (FCF) irregular y parámetros biofísicos indicativos de 36 semanas.

La FCF se verifica durante la monitoria que muestra desaceleraciones independientes a la contracción, ajustando el diagnóstico inicial con sufrimiento fetal (656.3). Ana Rosa es llevada a quirófano a las 20:40 horas, donde le practican un parto por cesárea, obteniéndose un producto de recién nacido (RN) de sexo masculino de 2.250 gramos y Ballard de 35 semanas, su adaptación neonatal es aceptable en los primeros diez (10) minutos, pero inicia con cuadro de episodios de taquipnea, que se hacen más frecuentes y sostenidas, por lo que se decide llevar a las 21:15 horas al recién nacido a la unidad de cuidado intensivo neonatal, para brindar apoyo de ventilación mecánica e iniciar la administración de surfactante pulmonar. El diagnóstico identificado fue: otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido: taquipnea transitoria del recién nacido (770.6)

Los parámetros ventilatorios se mantienen y se inicia venticuatro (24) horas después el destete al ventilador generando un procedimiento satisfactorio, por lo que se lleva a la unidad de cuidado intermedio. Se realiza seguimiento por oximetría de pulso, pruebas paraclínicas de glicemia, cuadro hemático , leucograma y rayos X de tórax en forma interdiaria, durante seis días. Al sexto día el paciente presenta evolución satisfactoria por lo que se le aplica la

vacuna neonatal BCG, vitamina K y se da salida con control por consulta externa.

El diagnóstico identificado a la salida del recién nacido fue parto prematuro (644.1)

La madre después de su cesárea es llevada a hospitalización para su recuperación, presentando picos febriles por lo que se toma el leucograma donde se evidencia leucocitosis mayor a lo esperado. Se inicia la aplicación de penicilina cristalina PNC 5.000.000 UI cada seis (6) horas. La evolución de la paciente es satisfactoria, con resolución de la cifras tensionales altas, resolución de su proceso infeccioso posiblemente corioamniónico y se da salida al sexto día con el recién nacido. El diagnóstico identificado a la salida de la madre fue coriamnionitis controlada posparto (762.7).

Nota: La medicación y los insumos utilizados para la compensación y manejo del paciente se aprecia durante el proceso de facturación.

### *Análisis del proceso de generación de información en el Hospital San Rafael de Facatativá*

- *Los servicios de primer nivel de complejidad*

*Inicialmente la paciente ingresa con sospecha de maltrato físico, no obstante se hace evidente la presunción de un embarazo, el cual se confirma con el gravindex en el laboratorio. Por lo tanto la consulta tiene cuota moderadora, que en este caso suponemos que es de 900 pesos.*

- *¿Qué procedimientos le realizaron en este nivel?*

*A la paciente se le realizaron en este nivel una consulta ambulatoria de medicina general, con el código ISS, 39125, por un valor de \$ 8.350.oo.*

*Se le realizó el procedimiento Gravindex, con código ISS, 1916390, con un valor de \$ 5.590.oo, con su respectivo copago.*

- *¿Qué información se generó en este nivel?*

*Cuando el usuario solicita el servicio, que normalmente es en el área de citas, allí se obtuvieron los siguientes datos:*

<i>Tipo de identificación del usuario:</i>	<i>CC, que corresponde a cédula de ciudadanía</i>
<i>Número de identificación del usuario:</i>	<i>70440677</i>
<i>Código de la EPS:</i>	<i>EPS006</i>
<i>Nombre de EPS:</i>	<i>Instituto de Seguros Sociales</i>
<i>Tipo de usuario:</i>	<i>1, que corresponde a un usuario perteneciente al régimen contributivo</i>
<i>Primer apellido:</i>	<i>Carranza</i>
<i>Segundo Apellido:</i>	<i>Sánchez</i>
<i>Primer nombre:</i>	<i>Ana</i>
<i>Segundo nombre:</i>	<i>Rosa</i>
<i>Edad:</i>	<i>27</i>
<i>Medida de la edad</i>	<i>1, que corresponde a años cumplidos</i>
<i>Sexo:</i>	<i>F, que corresponde al sexo femenino</i>
<i>Código del departamento de residencia:</i>	<i>25, que corresponde a Cundinamarca</i>
<i>Código del municipio de residencia:</i>	<i>019, que corresponde a Albán</i>
<i>Zona de residencia:</i>	<i>R, que corresponde al área rural</i>
<i>Número de autorización:</i>	<i>11721, número que se asigna por la entidad administradora.</i>

*– Liquidación de la consulta del paciente*

*Cuando el usuario va a la unidad de caja o facturación, para liquidar las atenciones teniendo en cuenta la información de identificación del paciente, se obtuvo la siguiente información:*

<i>Valor de la consulta:</i>	<i>\$ 8.350.00, según el manual tarifario ISS</i>
------------------------------	---

Valor de la cuota moderadora: 900.00, porque es el valor establecido por el ISS para esta actividad  
Valor neto: \$ 7.450.00

*El código del prestador se debe utilizar para identificar toda la información generada por el prestador del servicio de salud, que para este caso es el número asignado en la declaratoria de requisitos esenciales.*

*Código del prestador de servicios 2526900018, que corresponde al Hospital San Rafael de Facatativá.*

*Durante la realización de la consulta se debe obtener los siguientes datos:*

*Fecha de la consulta: 15/01/2001. Quince de enero del 2001*  
*Código de la consulta: 39125, que corresponde al tarifario ISS*  
*Finalidad de la consulta: 0, porque la consulta no obedece a actividades de promoción y prevención.*  
*Causa externa: 09, porque en la consulta fue motivada por sospecha de maltrato físico.*  
*Diagnóstico principal: 6771, que corresponde al diagnóstico de embarazo normal primer control, según CIE-9 revisada.*  
*Diagnóstico relacionado 1: 7299, que corresponde a trastornos no especificados de los tejidos blandos.*  
*Diagnóstico relacionado 2: 0 o espacio en blanco. En el caso de este cuadro clínico*  
*bDiagnóstico relacionado 3: 0 o espacio en blanco. En el caso de este cuadro clínico*  
*Tipo de diagnóstico principal: 2, que corresponde a un diagnóstico confirmado nuevo*

*Durante esta prestación, también se realizó la prueba de gravindex para confirmar la sospecha de embarazo.*

*Fecha del procedimiento:* 15/01/2001  
*Código del procedimiento:* 1916390, según tarifario ISS  
*Ambito del procedimiento:* 1, que corresponde a un procedimiento ambulatorio  
*Finalidad de procedimiento:* 1, que corresponde a un procedimiento diagnóstico  
*Personal que atiende:* En blanco porque no aplica  
*Diagnóstico principal:* En blanco porque no aplica  
*Diagnóstico relacionado:* En blanco porque no aplica  
*Diagnóstico de la complicación:* En blanco porque no aplica  
*Forma de acto quirúrgico:* En blanco porque no aplica  
*Valor del procedimiento:* \$ 5.590.00, según tarifario ISS

– ¿Cómo se generó la factura de venta de servicios de salud?

*La institución puede facturar en forma individual cuando se trata de urgencia u hospitalización o cuando no se tenga contrato previo con la entidad administradora. O puede facturar por operación de venta realizando el consolidado de los diversos servicios prestados, a diferentes usuarios, en un período de tiempo definido, contra un contrato previamente establecido, de preferencia para atenciones ambulatorias.*

*Para nuestro caso clínico, la institución al final del mes generará una sola factura por todos los servicios realizados en forma ambulatoria, identificados con el número consecutivo de facturación, igual para todas los servicios agrupados bajo esta factura.*

*Número de la factura:* 46867, que se generó en área de facturación y cierra la operación de venta.

*Como suponemos que Ana Rosa fue la única paciente que atendió la institución Hospital San Rafael de Facatativá, el detalle de la factura es el siguiente:*

Concepto	Nombre	Cantidad	V/r unitario	V/r total	Cuota de Recuperac.	Total EPS
01	Consulta MG	1	8.350.00	8.350.00	900.00	8.350.00

02	Gravindex	1	5.590.00	5.590.00	559.00	5.590.00
Subtotal factura-----						\$ 13.940.00
Valor total del pago compartido -----						1.459.00
Valor total de la comisión -----						0.00
Valor total de descuentos -----						0.00
Valor neto a pagar-----						\$ 11.481.00

Los registros individuales de prestación de servicios de salud quedan de la siguiente forma, suponiendo que en este mes sólo se atendió el caso de Ana Rosa y que el número consecutivo de remisión va en 000008.

**Registro de datos del archivo de control: CT000008.txt**

Código entidad administradora	Fecha de remisión	Código del archivo	Total de registros
EPS006,15/02/2001,AF000008,1			
EPS006,15/02/2001,AD000008,2			
EPS006,15/02/2001,US000008,1			
EPS006,15/02/2001,AC000008,1			
EPS006,15/02/2001,AP000008,1			

Note que para la EPS Instituto de Seguros Sociales, están enviando los datos el 15 de febrero del 2001, con cuatro (4) archivos

• **Registro de datos del archivo de Transacciones: AF000008.txt**

Observe que la coma separa los campos del archivo sin dejar espacios en blanco así la longitud de la variable sea mayor

2526900018,Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Facatativá,NI,00000899999151,46867, 15/01/2001, 01/01/2001,31/01/2001,EPS006,Instituto de Seguros Sociales,293,POS contributivo,,900,0,0,13040.00

En este caso no existe número de póliza el campo va entre comas

• **Registro de datos del archivo de descripción agrupada de los servicios de salud prestados: AD000008.txt**

En este caso se generaron dos registros: uno correspondiente al concepto de consulta y otro al de procedimientos diagnósticos

46867,2526900018,01,1,,8350.00  
46867,2526900018,02,1,,5590.00

En la descripción agrupada el dato de valor unitario no debe diligenciarse, se debe dejar en blanco

- **Registro de datos del archivo de usuarios de los servicios de salud:** US000008.txt

CC,70440677,EPS006,1,Carranza,Sanchez,Ana,Rosa,27,1,F,25,019,R

Se generó un registro porque en el ejemplo asumimos que sólo fue Martha a la institución

- **Registro de datos del archivo de consulta:** AC000008.txt

46867,2526900018,CC,70440677,15/01/2001,11721,39125,0,09, 7299, 6771,,1,8350.00,900,7450.00

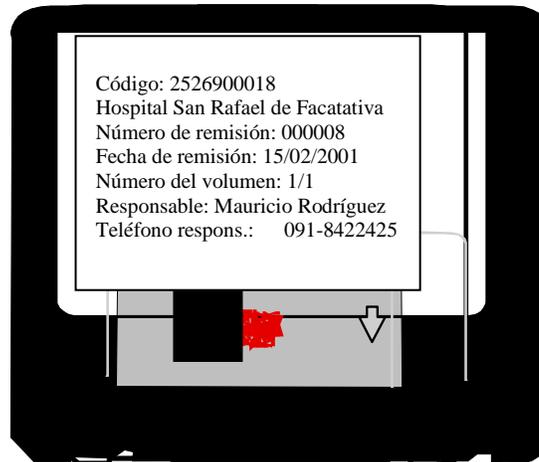
Como no existen diagnósticos relacionados 2 y 3, se dejan entre comas

- **Registro de datos del archivo de procedimientos:** AP000008.txt

46867,2526900018,CC,70440677,15/01/2001,11721,1916390,1,1,,,,,5590.00

Como no existen diagnósticos relacionados 2 y 3, se dejan en blanco entre comas

Una vez se han organizado, los registros individuales de prestación de servicios de salud, acompañarán la factura de venta para el cobro de servicios a la entidad administradora. Los archivos van almacenados generalmente en disquete. Este se debe rotular externamente para el envío, así:



### *Análisis del proceso de generación de información en el CAB de Chapinero*

*Para esta institución solamente se describirán los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), relacionados con las actividades de salud entregadas por dicha institución al paciente.*

*Los registros individuales que se generan son los siguientes:*

- *Registro de control.*
- *Registro de datos de transacciones*
- *Registro de datos de la descripción agrupada de servicios facturados*
- *Registro de datos de usuarios de servicios de salud*
- *Registro individual de consulta*
- *Registro individual de observación de urgencia*
- *Registro individual de otros servicios por honorarios de servicio integral por médico general*
- *Registro individual de otros servicios para estancia en urgencias*

- *Registro individual de otros servicios por traslado del paciente*
- *Registro individual de otros servicios por insumos de jeringa*
- *Registro individual de otros servicios por insumos de yelco*
- *Registro individual de otros servicios por insumos de equipo de venoclisis*
- *Registro individual del medicamento captocril*
- *Registro individual del medicamento de tramadol*
- *Registro individual del medicamento de lactato de ringer*

*Conforme un grupo de trabajo institucional y con los registros enunciados y el manual tarifario utilizado para el caso clínico, elabore los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud con la estructura del archivo plano definido por la Resolución.*

### *Análisis del proceso de generación de información en la Clínica San Pedro Claver*

Identifique la línea de pago para los servicios prestados en la Clínica San Pedro Claver

La línea de pago corresponde a los servicios del régimen contributivo a la EPS de ISS

Enuncie los RIPS que se generarían. Tenga en cuenta que son dos facturas la de la madre y la del recién nacido y se deben diligenciar los RIPS para cada uno de los casos.

- *Registro de control.*
- *Registro de datos de transacciones de la madre*
- *Registro de datos de la descripción agrupada de servicios facturados a la madre*
- *Registro de datos de usuarios de servicios de salud*
- *Registro individual de consulta de urgencia de la madre*
- *Registro individual de observación de urgencia de la madre*
- *Registro individual de procedimientos de ecografía a la madre*
- *Registro individual de procedimientos de monitoreo fetal a la madre*
- *Registro individual de procedimientos de cesárea*

- *Registro individual de otros servicios por honorarios de servicio integral por médico general*
- *Registro individual de otros servicios para la estancia en urgencia de la madre*
- *Registro individual de hospitalización de la madre*
- *Registro individual de otros servicios para la estancia en hospitalización de la madre*
- *Registro individual de procedimiento cuadro hemático a la madre*
- *Registro individual de medicamentos PNC 5 millones*
- *Registro individual de recién nacido*
- *Registro de datos de transacciones del recién nacido*
- *Registro de datos de la descripción agrupada de servicios facturados al recién nacido*
- *Registro individual de hospitalización del recién nacido*
- *Registro individual de otros servicios por estancia en UCI neonatal*
- *Registro individual de medicamentos surfactante pulmonar*
- *Registro individual de medicamentos gluconato de calcio*
- *Registro individual de medicamentos dextrosa al 10%*
- *Registro individual de otros servicios por equipo de bomba de infusión*
- *Registro individual de otros servicios por estancia en unidad de cuidados intermedios*
- *3 Registros individuales de procedimiento glicemia*
- *3 Registros individuales de procedimiento cuadro hemático*
- *3 Registros individuales de procedimiento Rx portátil de tórax*
- *1 Registro individual de procedimiento aplicación de BCG*
- *1 Registro individual de procedimiento aplicación de vitamina K*

¿Cómo se facturaría la estancia en estos casos?

En este caso hay cuatro (4) tipos de estancias: la de la madre en sala de observación de urgencia y en la hospitalización; la del recién nacido en sala especial de UCI neonatal y en sala especial de cuidado intermedio.

Para la factura hay que tener en cuenta que las estancias también deben registrarse en el registro individual de otros servicios correspondientes a la estancia.

La estancia de recién nacido y en la unidad de cuidado intermedio debe

---

consignarse en el RIPS de otros servicios para estancias. Para este caso, el recién nacido, sí estuvo en el servicio de hospitalización y ocupó salas especiales, por lo que se generó el RIPS de hospitalización.

En este evento se generaron dos facturas: una relacionada con la atención del parto por cesárea de la madre y del recién nacido y la otra por la prestación de servicios al recién nacido, por fuera de parto del recién nacido.

Elabore los Registros Individuales de Prestación de Servicios correspondientes que acompañaran la factura de acuerdo con la estructura del archivo plano definido en la Resolución

*Trate de elaborar los registros tal como deben salir en el medio magnético.*

### 3) Estructura de los archivos planos

Los archivos planos deben enviarse a la entidad administradora en la siguiente estructura, la cual no puede ser modificada por ninguna entidad.

#### Registro de datos para el archivo de control

Dato	Longitud
Código del prestador de servicios de salud	10
Fecha de remisión	10
Código del archivo	8
Total de registros	10

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

Dato	Longitud
Código del prestador de servicios de salud	10
Razón social o apellidos y nombre del prestador de servicios de salud	60
Tipo de identificación	2
Número de identificación	20
Número de la factura	20
Fecha de expedición de la factura	10
Fecha de inicio	10
Fecha final	10
Código entidad administradora	6
Nombre entidad administradora	30
Número del contrato	15
Plan de beneficios	30
Número de la póliza	10
Valor total del pago compartido (copago)	15
Valor de la comisión	15
Valor total de descuentos	15
Valor neto a pagar por la entidad contratante	15

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

Dato	Longitud
------	----------

Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Código del concepto	2
Cantidad	15
Valor unitario	15
Valor total por concepto	15

En este registro, siempre debe venir el valor unitario en cero (0) o espacio en blanco

**Registro de datos para el archivo de usuarios de los servicios de salud**

Dato	Longitud
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Código entidad administradora	6
Tipo de usuario	1
Primer apellido del usuario	30
Segundo apellido del usuario	30
Primer nombre del usuario	20
Segundo nombre del usuario	20
Edad	3
Unidad de medida de la edad	1
Sexo	1
Código del departamento de residencia habitual	2
Código de municipios de residencia habitual	3
Zona de residencia habitual	1

**Registro de datos para el archivo de consulta**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Fecha de la consulta	10
Número de autorización	15
Código de consulta	8
Finalidad de la consulta	2
Causa externa	2
Código del diagnóstico principal	4
Código del diagnóstico relacionado No. 1	4
Código del diagnóstico relacionado No. 2	4
Código del diagnóstico relacionado No. 3	4
Tipo de diagnóstico principal	1
Valor de la consulta	15
Valor de la cuota moderadora	15
Valor neto a pagar	15

**Registro de datos para el archivo de procedimientos**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Fecha del procedimiento	10
Número de autorización	15
Código del procedimiento	8
Ámbito de realización del procedimiento	1
Finalidad del procedimiento	1
Personal que atiende	1
Diagnóstico principal	4
Diagnóstico relacionado	4
Complicación	4

Dato	Longitud
Forma de realización del acto quirúrgico	1
Valor del procedimiento	15

**Registro de datos para el archivo prestación individual de servicios de urgencia con observación**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Fecha de ingreso del usuario a observación	10
Hora de ingreso del usuario a observación	5
Número de autorización	15
Causa externa	2
Diagnóstico a la salida	4
Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida	4
Diagnóstico relacionado Nro. 2, a la salida	4
Diagnóstico relacionado Nro. 3, a la salida	4
Destino del usuario a la salida de observación	1
Estado a la salida	1
Causa básica de muerte en urgencias	4
Fecha de salida del usuario de observación	10
Hora de salida del usuario de observación	5

**Registro de datos para el archivo de hospitalización**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Vía de ingreso a la institución	1
Fecha de ingreso del usuario a la institución	10
Hora de ingreso del usuario a la institución	5
Número de autorización	15
Causa externa	2
Diagnóstico principal de ingreso	4
Diagnóstico principal de egreso	4
Diagnóstico relacionado No. 1, de egreso	4
Diagnóstico relacionado No. 2, de egreso	4
Diagnóstico relacionado No. 3, de egreso	4
Diagnóstico de la complicación	4
Estado a la salida	1
Diagnóstico de la causa básica de muerte	4
Fecha de egreso del usuario a la institución	10
Hora de egreso del usuario a la institución	5

**Registro de datos para el archivo de recién nacidos**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación de la madre	2
Número de identificación de la madre en el Sistema	20
Fecha de nacimiento del recién nacido	10
Hora de nacimiento	5
Edad gestacional	2
Control prenatal	1
Sexo	1
Peso	4
Diagnóstico del recién nacido	4
Causa básica de muerte	4
Fecha de muerte del recién nacido	10

Dato	Longitud
Hora de muerte del recién nacido	5

**Registro de datos para el archivo de medicamentos**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Número de autorización	15
Código del medicamento	20
Tipo de medicamento	1
Nombre genérico del medicamento	30
Forma farmacéutica	20
Concentración del medicamento	20
Unidad de medida del medicamento	20
Número de unidades	5
Valor unitario de medicamento	15
Valor total de medicamento	15

**Archivo de datos para el archivo de otros servicios**

Dato	Longitud
Número de la factura	20
Código del prestador de servicios de salud	10
Tipo de identificación del usuario	2
Número de identificación del usuario en el Sistema	20
Número de autorización	15
Tipo de servicio	1
Código del servicio	20
Nombre del servicio	60
Cantidad	5
Valor unitario del material e insumo	15
Valor total del material e insumo	15

---

### **III. AUDITORÍA PREVIA A LA PRESENTACIÓN DE LAS CUENTAS**

---

*La implementación del sistema de información de prestaciones de salud y la organización de la información para la generación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integra los diferentes procesos institucionales asistenciales y administrativos a la aplicación de los modelos de auditoría: la auditoría concurrente y la auditoría de cuentas médicas.*

*Las instituciones deben desde el inicio del proceso de atención al usuario realizar acciones de auditoría que garanticen que los servicios prestados se den dentro de las condiciones técnicas normales y sean debidamente cobradas a la entidad pagadora.*

*Dentro de este contexto, la auditoría concurrente que se hace en el momento que se está prestando el servicio, debe:*

- Verificar el derecho al servicio que tiene el usuario*
- Que el servicio que se está prestando esté contenido dentro del plan de beneficios respectivo*
- Las condiciones normales de racionalidad y pertinencia de los servicios de salud y*
- La determinación oportuna de la línea de pago*

*Por otro lado, la auditoría de cuentas médicas debe garantizar:*

- La verificación de los datos relacionados con la identificación del usuario, el servicio de salud, el motivo y el valor. Que éstos se encuentren consignados en la factura y correspondan a la información contenida en la historia clínica.*
- La verificación de que la factura vaya acompañada de los soportes requeridos por las diferentes entidades pagadoras, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374/2000.*

*Con lo anteriormente descrito y los requerimientos que la Resolución 3374/2000 determinan como soporte de la prestación de los servicios de*

*salud, en la auditoría de las IPS se debe reestructurar las estrategias operativas de la auditoría, especialmente las que conciernen a los procesos del modelo de facturación.*

*En la auditoría de cuentas, previa a la radicación de la cuenta, es indispensable la verificación de las actividades generadas como cargos debidamente identificados en la auditoría de concurrencia, verificando errores de consistencia de los datos y de digitación en la captación de la información a liquidar, con el objeto de evitar el glose de las cuentas.*

---

## ***IV. CÓMO ORGANIZAR LOS PROCESOS DE LA IPS PARA IMPLEMENTAR LOS RIPS***

---

*Para implementar los Registros Individuales de Prestación de servicios de Salud - RIPS, los prestadores deben realizar las siguientes actividades:*

- Conformar un equipo de trabajo con las áreas institucionales involucradas: dirección, planeación, sistemas, facturación, estadística, atención médica, entre otros.*
- Discutir los contenidos de la Resolución 3374/2000 y leer detenidamente esta cartilla, realizando los ejercicios propuestos.*
- Establecer los requerimientos institucionales para su implementación*
- Formular un plan de desarrollo de la información de prestaciones de salud*
- Identificar las fuentes generadoras de información y rediseñar los instrumentos de recolección de información.*
- Adecuar los procesos de admisión, prestación de servicios, facturación y cobro para que manejen una única estructura de información que soportará las facturas de cobro.*
- Implementar los procesos de manejo de información para su procesamiento y generación de los RIPS: grabación, procesamiento y generación de datos.*
- Desarrollar procesos automatizados para el manejo de información*

*† Aunque es muy importante que las instituciones adquieran aplicativos de software para el manejo de la información, es necesario que antes de comprar cualquier aplicativo, la institución conozca las implicaciones y los requerimientos que*

*contempla la Resolución y realice las adecuaciones institucionales a sus procesos operativos.*

## ***V. EJERCICIOS PARA REALIZAR CONJUNTAMENTE CON EL EQUIPO DE TRABAJO INSTITUCIONAL***

---

Para realizar los ejercicios es importante que se conforme un equipo de trabajo con el personal administrativo y asistencial con el objeto de discutir cada uno de los aspectos.

Estos ejercicios serán la base para discutir las inquietudes en las diferentes capacitaciones que se realizarán sobre la Resolución.

### **CASO CLÍNICO 1**

El señor HELVER PORFIRIO GOYENECHÉ, de 25 años, fue atropellado por una motocicleta placa CAC 204, con póliza de seguro obligatorio 37246589 de Seguros del Estado, en la ciudad de Facatativá el día 20 de septiembre de 2000. A las 8:00 de la noche fue llevado en forma inmediata al hospital de esta ciudad, donde es atendido de urgencia; el paciente está consciente, con hematoma frontal de 2X3 cm. y dolor a la palpación de miembro inferior izquierdo. Se realiza IDx de politraumatismo, TCE leve, Fx de fémur.

Se realiza Rx de cráneo que no muestra fisura ni Fx de bóveda craneana. Se realiza Rx de miembro inferior izquierdo que muestra fisura de tercio medio de fémur izquierdo, por lo que es valorado por el ortopedista de turno y se procede a inmovilizar.

Se deja en observación, con inmovilización y diclofenac de 75mgs cada 6 horas, hasta las 8:00 de la mañana siguiente, cuando se observa paciente sin déficit neurológico donde se da la salida con AINES orales y control por la consulta externa.

Identifique la línea de pago para el caso clínico anteriormente mencionado

¿Cómo se facturaría la estancia en este caso?

¿Qué registros individuales de prestación de servicios se generarían?

Elabore los Registros Individuales de Prestación de Servicios correspondientes que acompañaran la factura

### **CASO CLÍNICO 2**

Alvaro Pérez de 32 años, natural Abriaquí (Antioquia), beneficiario de la ARS Fronsalud y con estrato 1 según el registro Sisben. El paciente consulta de urgencia por dolor abdominal en el Hospital Regional de Santa Fe de Antioquia; se le practica un cuadro hemático, un parcial de orina y una ecografía que muestra masa posiblemente dependiente de colon; se procede a la realización de colonoscopia flexible, reportada como normal; se toma tomografía de abdomen, que se encuentra dentro de parámetros normales, por lo que se asume que lo mostrado en la ecografía fue artificio técnico. Se diagnostica a partir de la interconsulta del cirujano, apendicitis aguda. Es llevado a la sala de cirugía, se le practica apendicectomía y se evidencia peritonitis con derrame peritoneal, por lo que se realiza drenaje y lavado de cavidad.

Alvaro Pérez es llevado a hospitalización, se le aplica gentamicina y clindamicina hasta completar cinco días. El paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que se da de alta.

¿Cuántas líneas de pago pueden existir en el caso clínico anteriormente mencionado?

¿Cuáles serían las entidades pagadoras ante dichos servicios?

Identifique cuales son los Registros Individuales de Prestación de Servicios para cada pagador

Elabore los Registros Individuales de Prestación de Servicios correspondientes que acompañaran las facturas

### **CASO CLÍNICO 3**

A la unidad de urgencia ingresa un paciente adulto joven entregado directamente por la Policía quien refiere haberlo encontrado abandonado y sin documentos de identificación, en estado de inconsciencia, con evidencia de

politraumatismo que no responde a los estímulos físicos, con tensión arterial de 90/50, FC de 110 por minuto, respiración irregular de aproximadamente 6 a 8 por minuto. Se palpa abdomen duro sin posibilidad de evidenciar irritación peritoneal. Se toman dos vías endovenosas, se aplica lactato de ringer a chorro, se toma tomografía axial computarizada que evidencia hematoma intracraneal a tensión, se toma Rx de torác y abdomen portátil. El paciente realiza apnea durante el procedimiento, se intuba el paciente; se da soporte manual con ambu, el paciente realiza paro cardiaco que no responde a la desfibrilación ni al masaje cardiaco. Se diagnostica muerte por paro cardiorrespiratorio secundario a trauma de cráneo encefálico severo de etiología no especificada y sin tiempo aproximado del evento.

¿Si usted fuera la institución a la que le llegara este caso a quién le cobraría o qué entidad administradora de planes de beneficios es la responsable de la cuenta de dicho paciente?

Identifique cuales son los Registros Individuales de Prestación de Servicios

Elabore los Registros Individuales de Prestación de Servicios correspondientes que acompañarán la factura

¿Qué documentos adicionales se deben entregar para soportar la factura?

*Nota: Todos los nombres y casos de los ejemplos y ejercicios obedecen a situaciones supuestas y en ningún momento pretenden identificar casos de la vida real.*

## ***RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES Y PROBLEMAS***

A las IPS que se les presenten problemas en la aplicación de la resolución o que tengan problemas con las entidades administradoras de planes de beneficios para el cumplimiento de la norma, pueden comunicarse o dirigirse directamente Ministerio de Salud, Coordinación Grupo de Sistemas de Información, Cra. 7 nro. 32-76 piso 21, teléfonos 336-50-66 extensión 2102

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

Con gusto resolveremos cualquier inquietud