



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

# CAPACITACIÓN RIPS

Prestadores con  
atenciones a pacientes  
particulares

2020

  
**BOGOTÁ**

# Agenda

8:10 a.m.	Palabras de bienvenida
8:15 a.m.	Conceptos básicos
8:30 a.m.	Estructura Usuarios
8:50 a.m.	Estructura Facturación
9:10 a.m.	Preguntas
9:30 a.m.	Receso
9:45 a.m.	Herramientas de apoyo
9:55 a.m.	Estructura Consultas
10:15 a.m.	Estructura Procedimientos
10:35 a.m.	Ejercicio práctico
11:10 a.m.	Herramienta Validador
11:30 a.m.	Plataforma “Cargador RIPS”
12:00 p.m.	Preguntas - Encuesta

# Dudas y preguntas



# Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

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 del servicio.

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.

Fuente : Resolución 3374 de 2000

# Normatividad

- Actualización de los lineamientos técnicos para el reporte de los RIPS y de sus herramientas técnicas. Conforme con la Resolución 3374 de 2000 modificada por la Resolución 1531 de 2014.

- Lineamiento Técnico Versión 8 de junio de 2019.

**Circular  
024 del 9  
de junio de  
2015  
Minsalud**

- Norma que regula el proceso, generación, validación y cargue de los registros.
- Reglamenta los datos que deben reportar los Prestadores de Servicios de Salud.
- De acuerdo con el Art. 2do son de obligatorio cumplimiento

**Resolución  
3374 de  
2000  
Minsalud**

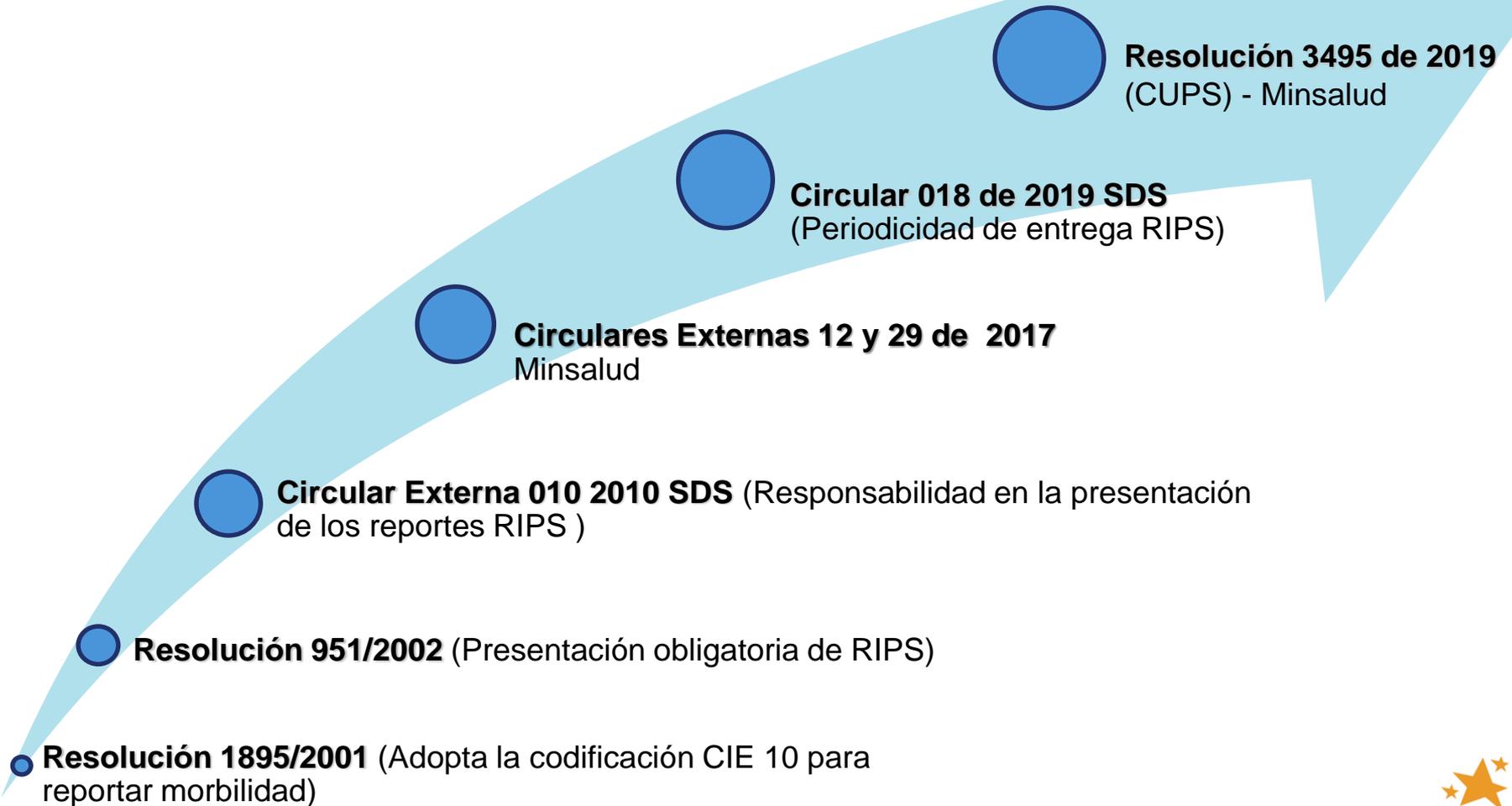
- Mecanismo para la transferencia de los RIPS y su ámbito de aplicación a través de la plataforma PISIS.

**Resolución  
1531 del 28  
de abril de  
2014  
Minsalud**

- Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Ley 1438  
de 19 enero  
2011**

# Normatividad



# Circular 018 de 2019

	Periodo de atenciones a reportar	Fecha de reporte a través de la Plataforma WEB "Cargador RIPS"
Reporte periódico	Las atenciones realizadas del 01 de julio de 2019 de <b>población nacional</b> se reportarán mes vencido	Durante el mes siguiente a la atención, iniciando en el mes de agosto de 2019, de acuerdo con las dos últimas cifras del código de habilitación del prestador de salud:  00-33: 01 al 10 de cada mes 34-66: 11 al 20 de cada mes 67-99: 21 al 30 de cada mes
	A partir del 01 de julio de 2019 de <b>población extranjera</b> se reportarán mes vencido	<i><b>Nota:</b> el código de habilitación consta de 10 cifras + 2 cifras de la sede. Para identificar su fecha se utilizará únicamente los 10 dígitos del código de habilitación sin la sede</i>  <i><b>Ejemplo:</b> 11001234<b>56</b>01</i> <u><i>Código finalizado en <b>56</b>, fecha de reporte del 11 al 20 de cada mes</i></u>

# QUIENES DEBEN REPORTAR?

- Los Profesionales Independientes
- Los prestadores institucionales (IPS publicas y privadas)
- Los grupos de práctica profesional (Universidades entre otros)
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Entes Territoriales



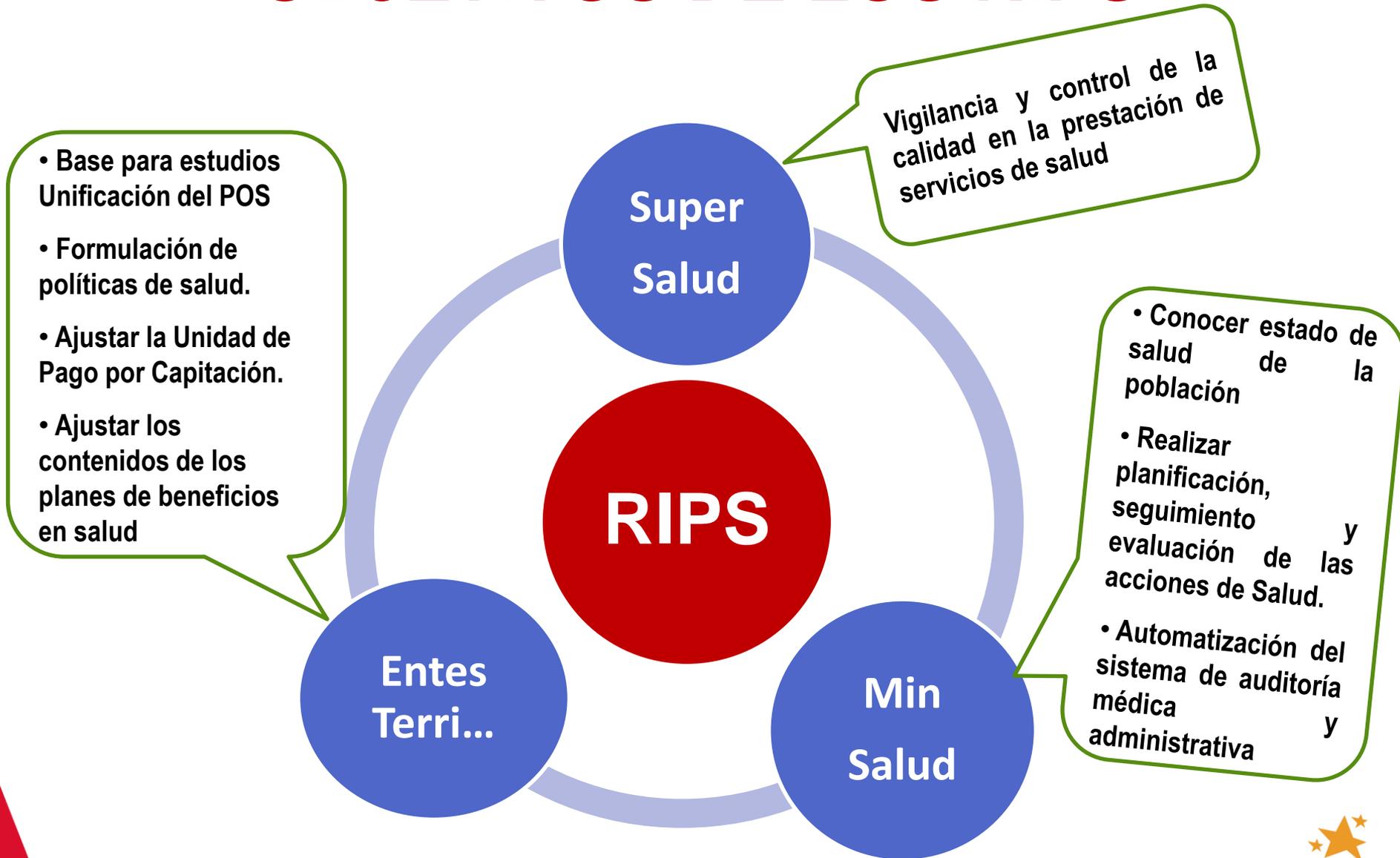
Conocer el perfil de salud de la población las causas que generan la demanda e intervenciones de salud en: prevenir, curar o controlar enfermedades.

Conocer el perfil de morbilidad para caracterizar la población, describir la prevalencia de las enfermedades, analizar la aparición y evolución de estas enfermedades.

# Objetivos RIPS

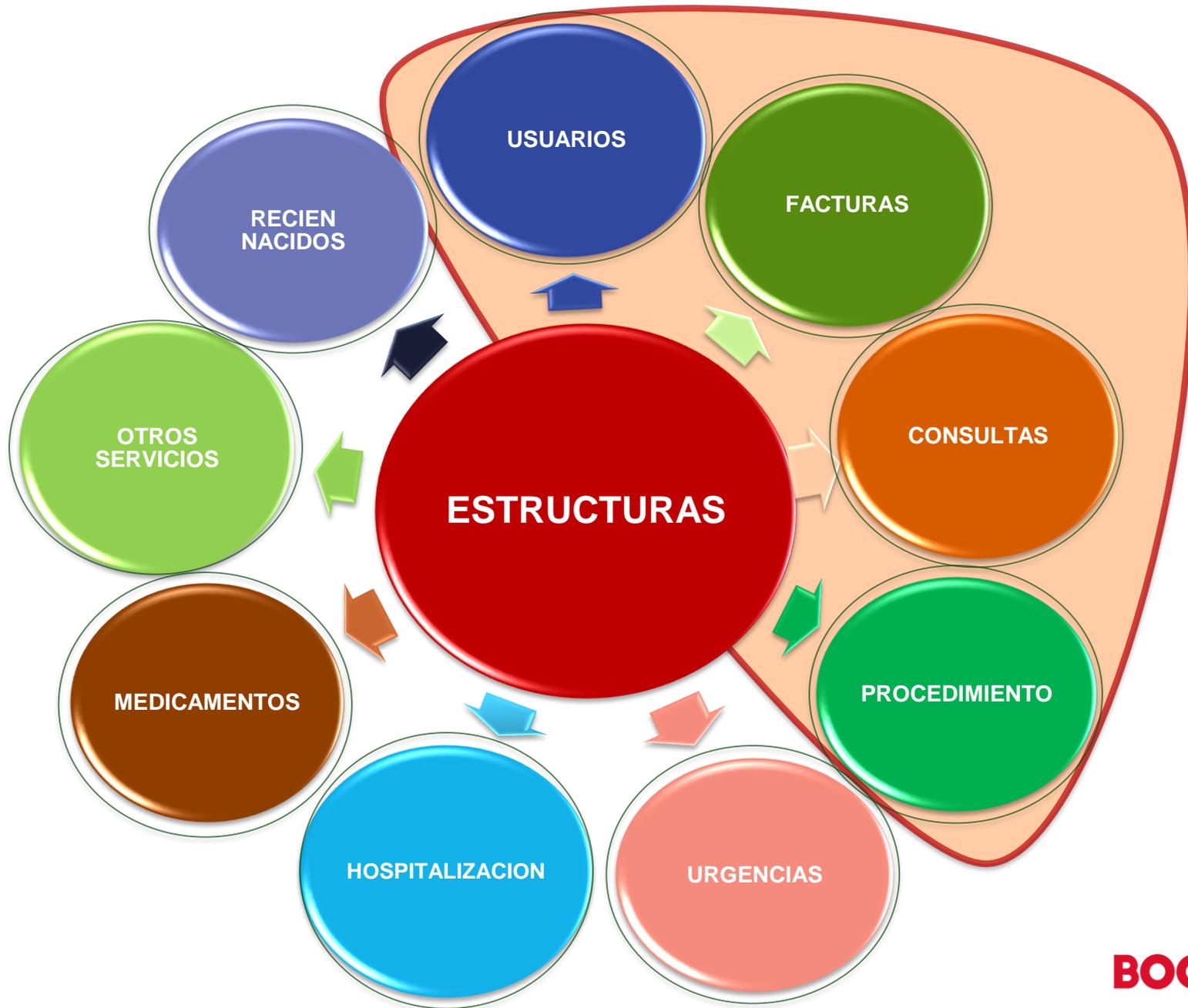
Evaluar los diagnósticos y establecer las problemáticas de salud en el territorio

# OBJETIVOS DE LOS RIPS



# PROCESO VALIDACIÓN





# Estructura Usuarios

## Identificación

- Tipo de Identificación
- Número de Identificación

## Caracterización

- Código Entidad Administradora
- Tipo de Usuario
- Apellidos y Nombres del Usuario
- Edad
- Sexo

## Residencia

- Código Departamento
- Código Municipio
- Zona de residencia habitual



## ESTRUCTURA DE USUARIOS

Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
Código Entidad Administradora	SDS001										
Tipo de Usuario	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Vinculado 4: PARTICULAR 5: Otro 6: Desplazado										
Primer Apellido del Usuario	OBLIGATORIO										
Segundo Apellido del Usuario	OPCIONAL										
Primer Nombre del Usuario	OBLIGATORIO										
Segundo Nombre del Usuario	OPCIONAL										
Edad	OBLIGATORIO										
Unidad de medida de la edad	1: Años, 2: Meses, 3: Días										
Sexo	F, M										
Código del Departamento de residencia habitual	11 Bogotá										
Código de Municipio de residencia habitual	001 al 020: Localidades										
Zona de residencia habitual	U: Urbano, R: Rural										

14  
Campos

# Estructura Usuarios

Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
Código Entidad Administradora	SDS001										
Tipo de Usuario	1: Contributivo 2: Subsubidiado 3: Vinculado 4: PARTICULAR 5: Otro 6: Desplazado										
Primer Apellido del Usuario	OBLIGATORIO										
Segundo Apellido del Usuario	OPCIONAL										
Primer Nombre del Usuario	OBLIGATORIO										
Segundo Nombre del Usuario	OPCIONAL										
Edad	OBLIGATORIO										
Unidad de medida de la edad	1: Años, 2: Meses, 3: Días										

# EL TIEMPO SE AGOTÓ

1: Años, 2: Meses, 3: Días

# Estructura Usuarios

<b>Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)</b>	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
<b>Número de Identificación del Usuario en el sistema</b>	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
<b>Código Entidad Administradora</b>	<b>SDS001</b>										
<b>Tipo de Usuario</b>	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Vinculado 4: PARTICULAR 5: Otro 6: Desplazado										
<b>Primer Apellido del Usuario</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Segundo Apellido del Usuario</b>	<b>OPCIONAL</b>										
<b>Primer Nombre del Usuario</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Segundo Nombre del Usuario</b>	<b>OPCIONAL</b>										
<b>Edad</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Unidad de medida de la edad</b>	<b>1: Años, 2: Meses, 3: Días</b>										
<b>Sexo</b>	<b>F, M</b>										
<b>Código del Departamento de residencia habitual</b>	<b>11 Bogotá</b>										
<b>Código de Municipio de residencia habitual</b>	<b>001 al 020: Localidades</b>										

## LOCALIDADES

Código Localidad	Nombre de la Localidad
001	Usaquén
002	Chapinero
003	Santa Fe
004	San Cristóbal
005	Usme
006	Tunjuelito
007	Bosa
008	Kennedy
009	Fontibón
010	Engativá
011	Suba
012	Barrios Unidos
013	Teusaquillo
014	Los Mártires
015	Antonio Nariño
016	Puente Aranda
017	Candelaria
018	Rafael Uribe
019	Ciudad Bolívar
020	Sumapaz

# Estructura Usuarios

<b>Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)</b>	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
<b>Número de Identificación del Usuario en el sistema</b>	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
<b>Código Entidad Administradora</b>	<b>SDS001</b>										
<b>Tipo de Usuario</b>	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Vinculado 4: PARTICULAR 5: Otro 6: Desplazado										
<b>Primer Apellido del Usuario</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Segundo Apellido del Usuario</b>	<b>OPCIONAL</b>										
<b>Primer Nombre del Usuario</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Segundo Nombre del Usuario</b>	<b>OPCIONAL</b>										
<b>Edad</b>	<b>OBLIGATORIO</b>										
<b>Unidad de medida de la edad</b>	1: Años, 2: Meses, 3: Días										
<b>Sexo</b>	F, M										
<b>Código del Departamento de residencia habitual</b>	<b>11 Bogotá</b>										
<b>Código de Municipio de residencia habitual</b>	<b>001 al 020: Localidades</b>										
<b>Zona de residencia habitual</b>	U: Urbano, R: Rural										

# VALIDACIÓN DE USUARIOS POR TIPOS DE DOCUMENTO

Tipo Documento	Descripción	Observaciones
MS	De 0 A 17 años	Nombre del menor
RC	De 0 A 17 años	Nombre del menor
TI	De 7 A 20 años	Nombre del menor
CC	De 18 años en adelante	Nombre del usuario
AS	De 18 años en adelante	Nombre del usuario
CE	De 0 años en adelante	Nombre del usuario
PA	Excepción (Extranjeros)	Nombre del usuario

# Circular 029

- El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 029 de 2017 para que las IPS realicen el envío de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, por la atención de personas extranjeras en municipios y departamentos no fronterizos.
- Ministerio de Salud busca analizar la información relacionada con la demanda de servicios de salud en todo el territorio nacional por parte de personas extranjeras -sin importar su nacionalidad- así como también, la disponibilidad y suficiencia de oferta necesaria. Los datos serán complementados con los de las zonas fronterizas.

# Entidades a quienes se deben reportar

Los reportes de las atenciones de personas extranjeras deberán enviarse tanto al Ministerio de Salud y Protección Social, como a la Dirección Departamental o Distrital de Salud respectiva, para su propia gestión.

## Periodo de Reporte

A partir del 1 de noviembre de 2017, el reporte en el Ministerio de Salud se hará los primeros quince (15) días de cada mes, directamente en la plataforma PISIS.

Para la Secretaría Distrital de Salud será mensualmente a través de la plataforma web “CARGADOR RIPS” en el caso de los Prestadores con atenciones a pacientes particulares.

# ANEXO 1. Tabla Codificación Países ISO 3166-1

Tipo de Documento de Identidad	Código
Pasaporte	PA
Carné Diplomático	CD
Salvo Conducto	SV
Cédula de Extranjería	CE
Permiso Especial de Permanencia	PE
Menor sin Identificación	MS
Adulto sin Identificación	AS

Nombre País	Código País
Brasil	BRA
Chile	CHL
Ecuador	ECU
Venezuela	VEN
Perú	PER

Nacionalidad	Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad
Ecuatoriana	AS	ECU000001
Brasileña	SV	BRA1234567
Venezolano	AS	VEN000156

# TABLA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS DE SALUD

CONDICION	TIPO DOCUMENTO	LONGITUD MAXIMA DEL DATO	COMPOSICION DEL NUMERO DE IDENTIFICACION
Personas de la Tercera edad en protección de ancianatos	AS	10	Código de departamento + código de municipio + S + Consecutivo por afiliado (alfanumérico) Ej. 11001S8125
Indígenas mayores de edad	AS	10	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (alfanumérico de 4) Ej. 11001I8125
Habitantes de la calle mayores de edad	AS	10	Código de departamento + código de municipio + D+ consecutivo por afiliado (alfanumérico de 4) Ej. 11001D8125
Menores de edad desvinculados del conflicto armado. Población infantil vulnerable bajo protección del ICBF.	MS	10	Código de departamento + código de municipio + A + consecutivo por afiliado (alfanumérico de 4) Ej. 11001A8125
Victimas menores de edad	MS	10	Código de departamento + código de municipio + P + consecutivo por afiliado (alfanumérico de 4) Ej. 11001I8P25
Poblacion reclusa con identificacion interna asignada por el INPEC	AS	6	Numero asignado por el INPEC para internos reclusos en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC

# ERRORES FRECUENTES EN USUARIOS

CODIGO DE ERROR	DESCRIPCION DEL ERROR	CAMPO DESCRIPCION	RECOMENDACIONES
1252	Tipo de usuario no corresponde con el seleccionado	Tipo de Usuario	Verificar el Tipo de usuario a reportar que para el caso de particulares es tipo "4" y este mismo tipo se debe seleccionar en la plataforma cargador rips.
1350	Usuario sin relación con los archivos de atenciones	Tipo y número de identificación	Verificar Tipo y numero de Documento que se encuentren iguales en el archivo de usuarios (US) y en el de atenciones, ya sea consultas (AC) o procedimientos (AP).
1269	Edad fuera de límite para el tipo de identificación	Edad	Mirar los límites de la edad permitidos para cada tipo de identificación.
1272	Municipio incorrecto	Código de Municipio	Verificar el código del municipio en el caso de Bogotá es 11 y para municipios aledaños se encuentra la tabla del divipola en el validador V.3.6
1271	Departamento incorrecto	Código del departamento	Verificar el código del municipio en el caso de Bogotá es 11 y para municipios aledaños se encuentra la tabla del divipola en el validador V.3.6
1250	Usuario duplicado	Tipo y Número de Identificación	Verificar que el paciente se encuentre una sola vez en el archivo de usuarios (US)

# Errores Frecuentes

Tipo Identificación	Número identificación	Edad
RC	10213148264	55
CC	86100354596	15
TI	51785321	24

## Departamento y Localidad

Departamento	Municipio	Descripción
11	001	Repetidos
11	579	No existe
25	015	No existe

LA LOCALIDAD QUE SE DEBE COLOCAR ES EL DE RESIDENCIA DE LOS ULTIMOS SEIS MESES DEL USUARIO.

# ESTRUCTURA TRANSACCIÓN O FACTURACIÓN

## Datos Entidad Prestadora Servicios

- Código habilitación
- Razón social o nombre
- Tipo y Número Identificación

## Datos de Factura

- Número de Factura
- Fecha de expedición
- Fecha de Inicio y final del periodo de reporte
- Nombre y código de la entidad administradora
- Número de contrato
- Plan de beneficios
- Número póliza

## Valores

- Valor del copago
- Valor Comisión
- Valor descuento
- Valor neto



## ESTRUCTURA DE FACTURACION

<b>Código del Prestador (Habilitación)</b>	<b>12 dígitos</b>						
<b>Razón Social o Apellidos y nombres del prestador</b>	<b>OBLIGATORIO</b>						
<b>Tipo de Identificación (del prestador)</b>	<b>NI</b>	<b>CC</b>	<b>CE</b>	<b>PA</b>	<b>CD</b>	<b>PE</b>	
<b>Número de Identificación (del prestador)</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	
<b>Número de la factura</b>	<b>OBLIGATORIO</b>						
<b>Fecha de expedición de la factura</b>	<b>DD/MM/AAAA</b>						
<b>Fecha de Inicio (periodo a reportar)</b>	<b>DD/MM/AAAA</b>						
<b>Fecha final (periodo a reportar)</b>	<b>DD/MM/AAAA</b>						
<b>Código entidad Administradora</b>	<b>SDS001</b>						
<b>Nombre entidad administradora</b>	<b>SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD</b>						
<b>Número del Contrato</b>	<b>VACIO</b>						
<b>Plan de Beneficios</b>	<b>VACIO</b>						
<b>Número de la póliza</b>	<b>VACIO</b>						
<b>Valor total del pago compartido COPAGO</b>	<b>0</b>						
<b>Valor de la comisión</b>	<b>0</b>						
<b>Valor total de Descuentos</b>	<b>0</b>						
<b>Valor Neto a Pagar por la entidad Contratante</b>	<b>VALOR TOTAL ATENCION</b> Sin separación de miles y sin signo \$						

**17**  
**Campos**

# Estructura Facturación

Código del Prestador (Habilitación)	12 dígitos					
Razón Social o Apellidos y nombres del prestador	OBLIGATORIO					
Tipo de Identificación (del prestador)	NI	CC	CE	PA	CD	PE
Número de Identificación (del prestador)	12	10	12	12	12	12
Número de la factura	OBLIGATORIO					



Numeración Consecutiva iniciando en 1



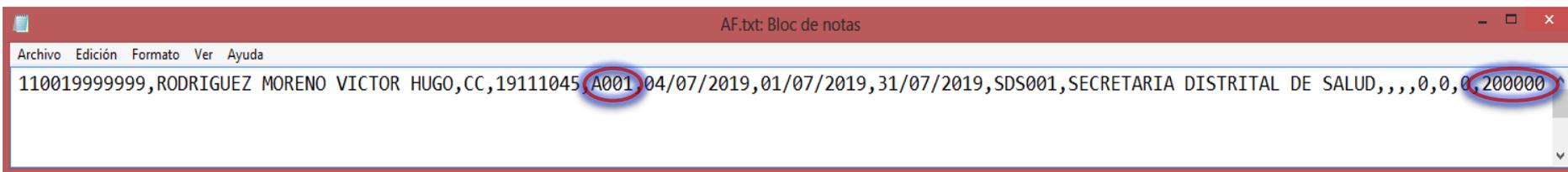
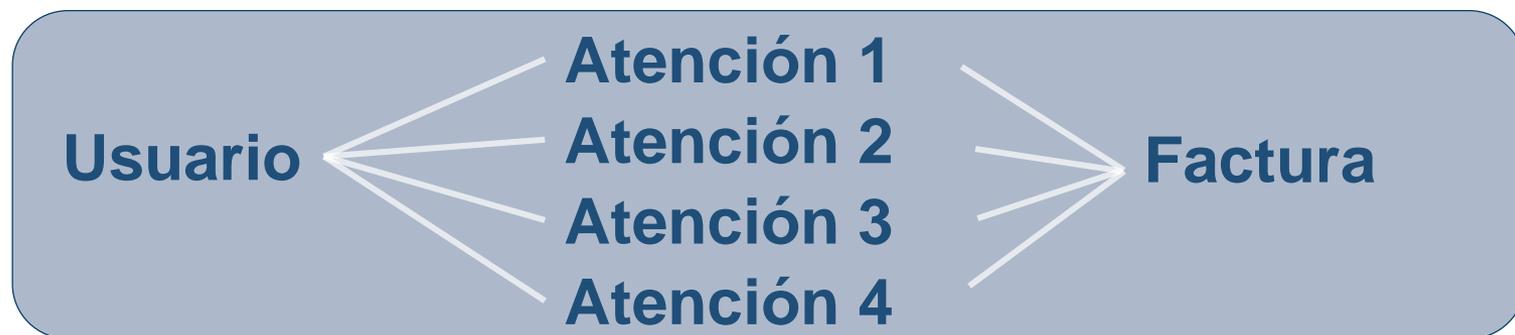
Un valor alfanumérico, por ejemplo A001



Recibos de Caja ( numeración consecutiva)

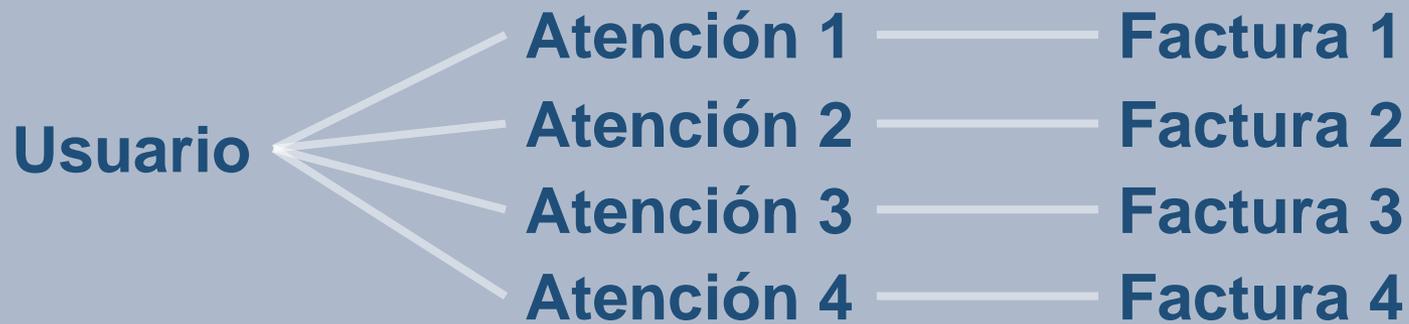
# Estructura Facturación

**ALTERNATIVA 1.** Al usuario se le genera una sola factura para todas las atenciones (AC, AP) que se le prestaron durante el periodo.



# Estructura Facturación

**ALTERNATIVA 2.** Al usuario se le genera una factura por cada atención (AC, AP) que se le prestó durante el periodo.



```
AF.txt: Bloc de notas
Archivo Edición Formato Ver Ayuda
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A001,04/07/2019,01/07/2019,31/07/2019,SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A003,11/07/2019,01/07/2019,31/07/2019,SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A008,18/07/2019,01/07/2019,31/07/2019,SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A010,25/07/2019,01/07/2019,31/07/2019,SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,,0,0,0,50000
```

# Estructura Facturación

Código del Prestador (Habilitación)	12 dígitos					
Razón Social o Apellidos y nombres del prestador	OBLIGATORIO					
Tipo de Identificación (del prestador)	NI	CC	CE	PA	CD	PE
Número de Identificación (del prestador)	12	10	12	12	12	12
Número de la factura	OBLIGATORIO					
Fecha de expedición de la factura	DD/MM/AAAA					
Fecha de Inicio (periodo a reportar)	DD/MM/AAAA					
Fecha final (periodo a reportar)	DD/MM/AAAA					

Fecha Factura  
Fecha inicio  
Fecha final

AF.txt: Bloc de notas

Archivo	Edición	Formato	Ver	Ayuda
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A001,	04/07/2019	01/07/2019	31/07/2019	SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,, ,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A003,	11/07/2019	01/07/2019	31/07/2019	SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,, ,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A008,	18/07/2019	01/07/2019	31/07/2019	SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,, ,0,0,0,50000
110019999999,RODRIGUEZ MORENO VICTOR HUGO,CC,19111045,A010,	25/07/2019	01/07/2019	31/07/2019	SDS001,SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD,, ,0,0,0,50000

# Estructura Facturación

Código del Prestador (Habilitación)	12 dígitos					
Razón Social o Apellidos y nombres del	OBLIGATORIO					
Tipo de Identificación (del prestador)	NI	CC	CE	PA	CD	PE
Número de Identificación (del prestador)	12	10	12	12	12	12
Número de la factura	OBLIGATORIO					
Fecha de expedición de la factura	DD/MM/AAAA					
Fecha de Inicio (periodo a reportar)	DD/MM/AAAA					
Fecha final (periodo a reportar)	DD/MM/AAAA					
Código entidad Administradora	SDS001					
Nombre entidad administradora	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD					
Número del Contrato	VACIO					
Plan de Beneficios	VACIO					
Número de la póliza	VACIO					
Valor total del pago compartido COPAGO	0					
Valor de la comisión	0					
Valor total de Descuentos	0					
Valor Neto a Pagar por la entidad Contratante	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>VALOR TOTAL ATENCION</b>            Sin separación de miles y sin signo \$         </div>					

# Error factura duplicada

Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de Inicio	Fecha final	Valor Neto a pagar
1	10/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	60000
1	10/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	250000
2	30/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	50000



Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de Inicio	Fecha final	Valor Neto a pagar
1	10/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	310000
2	30/01/2020	01/0/2020	31/01/2020	50000



Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de Inicio	Fecha final	Valor Neto a pagar
1	10/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	60000
2	10/01/2020	01/01/2020	31/01/2020	250000
3	30/01/2020	01/0/2020	31/01/2020	50000



# Error periodo de facturación

Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de Inicio	Fecha final	Valor Neto a pagar
1	08/08/2019	08/08/2019	08/08/2019	30000
2	12-08-2019	12-08-2019	31-08-2019	70000
3	8/8/2019	1/8/2019	31/08/2019	50000



Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de Inicio	Fecha final	Valor Neto a pagar
1	08/08/2019	<b>01/08/2019</b>	<b>31/08/2019</b>	30000
2	<b>12/08/2019</b>	<b>01/08/2019</b>	<b>31/08/2019</b>	70000
3	<b>08/08/2019</b>	<b>01/08/2019</b>	31/08/2019	50000



# ERRORES FRECUENTES DE FACTURACIÓN

Código Error	Descripción del Error	Campo Descripción	Recomendaciones
2255	Periodo de facturación fuera del periodo validado	Fecha Inicio Fecha Final	Verificar las fechas del periodo que están reportando
2350	Factura sin relación con los archivos de atenciones	Numerodefactura	Número de factura no registrada en atenciones (Consultas o Procedimientos).
2250	Tipo de identificación incorrecto para prestador	Tipodelidentificacion	Cuando es NIT en el tipo de Identificación se debe colocar: NI
2257	Plan de beneficios incorrecto	Planbeneficios	Campo debe estar en blanco
2251	Número de la factura sin diligenciar	Numerodefactura	Campo alfanumérico debe estar diligenciados, no puede ser 0 y no debe contener caracteres especiales (1212/20)
2253	Factura duplicada	Numerodefactura	Un número de factura sólo puede estar una vez
2351	Administradora no coincide con administradora de usuarios	Administradora	Verificar que este campo este diligenciado - SDS001 y que sea igual en Usuarios
2258	Valor copago incorrecto	ValorCopago	Campo debe estar en 0
2254	Fecha de expedición fuera del periodo validado	FechaExpedicion	Verificar que la fecha se encuentre dentro del periodo que se esta reportando
2259	Valor comisión incorrecto	ValorComision	Campo debe estar en 0
2260	Valor descuento incorrecto	ValorDescuento	Campo debe estar en 0
2256	Número de contrato incorrecto	NumeroContrato	Campo debe estar en blanco
2252	Número de la factura con caracteres especiales	Numerodefactura	Campo alfanumérico no puede ser 0 y no debe contener caracteres especiales (1212/20)

# VIDEO TUTORIALES

[Inicio](#)[La Entidad ▾](#)[Salud Pública ▾](#)[Servicios de Salud y Aseguramiento ▾](#)[Servicio al Ciudadano ▾](#)[Planes y Proyectos ▾](#)[Campanas en Salud ▾](#)

[Inicio](#) / [Planes y Proyectos](#) / [Programación Capacitaciones RIPS](#) / [Video Tutoriales RIPS](#)

## Capacitaciones Videos



La Secretaría Distrital de Salud ofrece a los prestadores de salud con atenciones a personas particulares, como complemento a las capacitaciones presenciales de RIPS, los siguientes videos tutoriales, los cuales son la guía para el reporte de los RIPS:

### 0. Introducción

### 1. Conceptos generales

### 2. Normatividad

### 2.1. Circular N° 029 - Reporte pacientes extranjeros

### 3. Estructura de usuarios

### 4. Estructura de transacciones o Facturación

### 5. Estructura de consultas

### 6. Estructura de procedimientos

### 7. Conversión a archivo plano

### 8. Herramienta validador

### 9. Ejercicio práctico 1

### 10. Ejercicio práctico 2

### 11. Plataforma web cargador RIPS

[Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021](#)[Planes Bienales](#)[Informes de Gestión](#)[Seguimiento a proyectos](#)[Seguimiento a POA](#)[Registro Individual de Prestación - RIPS](#)[Costos Hospitalarios](#)[Biblioteca Virtual](#)[Trámites y Servicios](#)

<http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/videos-tutoriales-Rips.aspx>

# ESTRUCTURA CONSULTAS

Usuario y  
factura

- Número de la factura, identificación del paciente

Consulta

- Fecha
- Código consulta
- Finalidad consulta
- Causa externa
- Diagnóstico principal y relacionados
- Tipo de diagnóstico

Valores

- Valores consulta, cuota moderadora, Neto



## ESTRUCTURA CONSULTA

Número de la factura	OBLIGATORIO											
Código del prestador de servicios de salud	12 DIGITOS											
Tipo de Identificación del Usuario (paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE		RC	TI	CN	AS	MS
Número de identificación del usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15		11	11	9	10	12
Fecha de la consulta	DD/MM/AAAA											
Número de Autorización	VACÍO											
Código de consulta	CUPS											
Finalidad de la consulta	01-10											
Causa externa	01-15											
Código del Diagnóstico principal	CIE10											
Código del diagnóstico relacionado N° 1	OPCIONAL											
Código del diagnóstico relacionado N° 2	OPCIONAL											
Código del diagnóstico relacionado N° 3	OPCIONAL											
Tipo de diagnóstico principal	1: Impresión Diagnóstica 2: Confirmado Nuevo 3: Confirmado Repetido											
Valor de la consulta	OBLIGATORIO											
Valor de la cuota moderadora	0											
Valor Neto a pagar	OBLIGATORIO											

17  
Campos

# Estructura Consultas

Número de la Factura	OBLIGATORIO										
Código del prestador de servicios de salud	12 DÍGITOS										
Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
Fecha de la consulta	DD MM AAAA										
Número de autorización	VACIO										
Código de la Consulta	CUPS										
Finalidad de la consulta	01-10										

# FINALIDAD Vs CAUSA EXTERNA

## Finalidad Consulta (Objetivo)

- 01 = Atención del parto (puerperio)
- 02 = Atención del recién nacido
- 03 = Atención en planificación familiar
- 04= Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años
- 05 = Detección de alteración del desarrollo joven (10 a 29 años)
- 06 = Detección de alteraciones del embarazo
- 07 = Detección de alteraciones del adulto (30 años en adelante)
- 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual
- 09 = Detección de enfermedad profesional

## Causa Externa (Que Origina el Servicio)

**15 = Otra**

**Actividades de  
Promoción y  
Detección  
(P y D)**

# Estructura Consultas

Número de la Factura	OBLIGATORIO										
Código del prestador de servicios de salud	12 DÍGITOS										
Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
Fecha de la consulta	DD/MM/AAAA										
Número de autorización	VACIO										
Código de la Consulta	CUPS										
Finalidad de la consulta	01-10										
Causa Externa	01-15										

# COHERENCIA CAUSA EXTERNA

Finalidad Consulta (Objetivo)

Causa Externa (Que Origina El Servicio)

**10 = No Aplica**

**Actividades  
Resolutivas**

- 01 = Accidente de trabajo
- 02 = Accidente de tránsito
- 03 = Accidente rábico
- 04 = Accidente ofídico
- 05 = Otro tipo de accidente
- 06 = Evento catastrófico
- 07 = Lesión por agresión
- 08 = Lesión auto infligida
- 09 = Sospecha de maltrato físico
- 10 = Sospecha de abuso sexual
- 11 = Sospecha de violencia sexual
- 12 = Sospecha de maltrato emocional
- 13 = Enfermedad general
- 14 = Enfermedad profesional

# EJERCICIO

CASO	FINALIDAD	CAUSA EXTERNA
<i>Un niño de 8 años asiste a un control de Crecimiento y Desarrollo.</i>	<b>04</b> = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años	<b>15 = Otra</b>
<i>Un hombre de 22 años asiste a examen visual de rutina, no presenta problemas visuales.</i>	<b>08</b> = Detección de alteración del agudeza visual	<b>15 = Otra</b>
<i>Un hombre de 45 años presenta fractura de fémur por accidente en su moto.</i>	<b>10 = No Aplica</b>	<b>02 = Accidente de tránsito</b>
<i>Una mujer de 35 años asiste a control prenatal.</i>	<b>06</b> = Detección de alteraciones del embarazo	<b>15 = Otra</b>
<i>Una mujer de 18 años asiste a examen visual de rutina, presenta Hipermetropía.</i>	<b>10 = No Aplica</b>	<b>13 = Enfermedad general</b>

# Estructura Consultas

Número de la Factura	OBLIGATORIO										
Código del prestador de servicios de salud	12 DÍGITOS										
Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12
Fecha de la consulta	DD/MM/AAAA										
Número de autorización	VACIO										
Código de la Consulta	CUPS										
Finalidad de la consulta	01-10										
Causa Externa	01-15										
Código del diagnóstico principal	CIE10										
Código del Diagnóstico relacionado N° 1	OPCIONAL CIE10										
Código del Diagnóstico relacionado N° 2	OPCIONAL CIE10										
Código del Diagnóstico relacionado N° 3	OPCIONAL CIE10										
Tipo del diagnóstico principal	1: Impresión Diagnóstica 2: Confirmado nuevo 3: Confirmado repetido										
Valor de la consulta	OBLIGATORIO										
Valor cuota moderadora	VACIO										
Valor Neto a Pagar	OBLIGATORIO										

# CODIFICACIÓN PARA PACIENTE SANO

FINALIDAD DE LA CONSULTA	CAUSA EXTERNA	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
04 = Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	15 = Otra	Z000 – Examen Médico General (Paciente Sano)
		Z010 – Examen de Ojos y de la Visión
05 = Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del joven (Hasta 29 años)		Z012 – Examen Odontológico (Paciente Sano)
07 = Detección de alteraciones del adulto (30 años en adelante)		Z021 – Examen Pre-empleo
08 = Detección de alteraciones de agudeza visual		Z027 – Extensión de Certificado Medico

# ERRORES FRECUENTES EN CONSULTAS

Código Error	Descripción del Error	Campo Descripción	Recomendaciones
3264	Diagnóstico incorrecto para la finalidad Resolutiva	Diagnóstico Principal	Revisar el Diagnóstico CIE-10, No se permite Dx R ni Z
3265	Diagnóstico incorrecto para la finalidad PyD	Diagnóstico Principal	Revisar el Diagnóstico CIE-10, Solo se permite Dx Z
3267	Tipo de diagnóstico incorrecto	Tipo de diagnóstico principal	Obligatorio diligenciamiento 1 – 2 - 3
3250	Fecha de consulta incorrecta	Fecha de consulta	dd/mm/aaaa – dentro del periodo de reporte
3262	Causa externa incorrecta para finalidad Resolutiva	Causa externa	Revisar Causa Externa Se permite de 1 a 14
3261	Causa externa incorrecta para finalidad de PyD	Causa Externa	Revisar Causa Externa Se permite solamente 15
3253	Consulta por primera vez supera el límite de veces en el periodo	Código de Consulta	Solo se permite una vez por periodo reportado, para el mismo Dx
3259	Finalidad de consulta incorrecta para la edad	Finalidad de Consulta	Verificar finalidades 4, 5 y 7
3251	Código de consulta incorrecto para AC	Código de Consulta	Verificar Código CUPS

# ESTRUCTURA PROCEDIMIENTOS

Usuario y  
factura

- Numero de la factura, identificación del paciente

Procedimiento

- Fecha realización del procedimiento
- Código CUPS del procedimiento
- Ámbito del procedimiento (Ambulatorio, hospitalario, urgencia)
- Finalidad del procedimiento
- Diagnostico principal
- Diagnostico relacionado
- Complicación
- Realización del acto quirúrgico

Valores

- Valor Procedimiento



## ESTRUCTURA PROCEDIMIENTOS

Número de la factura	OBLIGATORIO											
Código del prestador de servicios de salud	12 DIGITOS											
Tipo de Identificación del Usuario (paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE		RC	TI	CN	AS	MS
Número de identificación del usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15		11	11	9	10	12
Fecha del procedimiento	DD/MM/AAAA											
Número de Autorización	VACIO											
Código del procedimiento	CUPS											
Ámbito de realización del procedimiento	1: AMBULATORIO 2:Hospitalario 3:Urgencias											
Finalidad del procedimiento	1: Diagnóstico, 2:Terapéutico, 3: Protección Específica											
Personal que atiende	Solo para partos											
Diagnóstico principal (solo para procedimiento QX)	CIE10											
Código del diagnóstico relacionado	OPCIONAL CIE 10											
Código del diagnóstico de la Complicación	OPCIONAL CIE 10											
Forma de realización del acto quirúrgico (solo para procedimientos QX)	1 - 5											
Valor del Procedimiento	OBLIGATORIO											

15  
Campos

# Estructura Procedimientos

Número de la Factura	OBLIGATORIO											
Código del prestador de servicios de salud	12 DÍGITOS											
Tipo de Identificación del Usuario (Paciente)	CC	CE	CD	PA	SC	PE	RC	TI	CN	AS	MS	
Número de Identificación del Usuario en el sistema	10	6	16	16	16	15	11	11	9	10	12	
Fecha del procedimiento	DDMMAAAA											
Número de autorización												
Código del procedimiento												
Ámbito de realización del procedimiento	1:											
Finalidad del Procedimiento	1:											
Personal que atiende												
Diagnóstico principal (Sólo para Procedimiento QX)												
Código del Diagnóstico relacionado												
Código del Diagnóstico de la complicación	OPCIONAL CIE10											
Forma de realización del acto quirúrgico	1 - 5											
Valor del procedimiento	OBLIGATORIO Sin separador de miles ni signo \$											

- 1 = Único o unilateral  
 2 = Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad  
 3 = Múltiple o bilateral, misma vía, igual especialidad  
 4 = Múltiple o bilateral, diferente vía, diferente especialidad  
 5 = Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad

# ESTRUCTURA DE PROCEDIMIENTOS

TIPO DE PROCEDIMIENTO	REGLA
Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico principal (<b>Obligatorio</b>)</li><li>• Forma de realización acto quirúrgico (<b>Obligatorio</b>)</li></ul>

Código CUPS	Nombre CUPS	Tipo de Procedimiento
997301	Detartraje Supragingival	No Quirúrgico
240200	Detartraje Subgingival	Quirúrgico e Intervencionista
232101	Obturación Dental Con Amalgama	Quirúrgico e Intervencionista

# ERRORES FRECUENTES EN PROCEDIMIENTOS

Código Error	Descripción del Error	Campo Descripción	Recomendaciones
4250	Fecha de Procedimiento incorrecta	Fecha del procedimiento	dd/mm/aaaa – dentro del periodo de reporte
4252	Procedimiento supera el límite de veces diario	Código del procedimiento	Verificar limite de veces permitido.
4268	Acto quirúrgico diligenciado	Forma de realización de acto quirúrgico.	Solamente debe ser diligenciado en caso de procedimientos quirúrgicos.
4251	Código de procedimiento incorrecto para AP	Código del procedimiento	Verificar código CUPS
4253	Ámbito de procedimiento incorrecto	Ámbito de realización del procedimiento	Obligatorio diligenciamiento 1 – 2 - 3
4254	Finalidad de procedimiento incorrecta	Finalidad del procedimiento	Obligatorio diligenciamiento 1 – 2 – 3 – 4 - 5
4262	Diagnóstico principal no corresponde a procedimiento quirúrgico	Diagnóstico Principal	No se permite diagnósticos R ni Z

# CODIFICACIÓN CUPS PROFILAXIS (ODONTOLOGÍA)



**PARA EL REPORTE DE PROFILAXIS SE DEBE REGISTRAR UNO A UNO LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN CORRESPONDA:**

APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO.....	997101
APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO.....	997102
TOPICACION DE FLUOR EN GEL.....	997103
TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION.....	997104
APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA.....	997105
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL.....	997301
CONTROL DE PLACA DENTAL.....	997310

# CODIFICACIÓN CUPS ESTÉTICA

CUPS	Nombre
<b>868306</b>	Reducción De Tejido Adiposo En Cara, Por Liposucción
<b>868308</b>	Reducción De Tejido Adiposo En Área Submandibular, Por Liposucción
<b>868310</b>	Reducción De Tejido Adiposo De Pared Abdominal, Por Liposucción
<b>868312</b>	Reducción De Tejido Adiposo En Muslos, Pelvis, Glúteos O Brazos, Por Liposucción

# Errores de formato

Descripción del Error	Estructura	Recomendaciones
Diferencia entre valores facturados y Costo de atenciones	Facturación	Verificar que la factura este registrada en atenciones o las atenciones en facturación
La fecha debe cumplir con el formato dd/mm/aaaa	Consultas, Facturación y Procedimientos	Verificar el formato, ejemplo 01/02/2018
Valor Consulta / Valor Total Neto	Consultas	Debe ser diligenciado el Valor de la Consulta y el Valor Total Neto
Cantidad de columnas incorrecta	Todas	No eliminar columnas de la plantilla Los archivos planos deben estar separados por coma (,) y no punto y coma(;) )
Longitud maxima de caracteres sobrepasada	Todas	Se deben eliminar los títulos de los archivos planos Los campos tienen longitudes definidas.
Archivos no cumplen con formato establecido	Todas	Deben ser archivos planos (.TXT)

**VIDEO**

# EJERCICIO PRÁCTICO

El día 05 de enero de 2020 asiste a consulta externa por primera vez (890201) la paciente Ana Sofía Henao Escobar de 34 años, de nacionalidad colombiana, presenta Cédula de Ciudadanía 12345689, reside en el barrio Guacamayas (San Cristóbal – 004), con los siguientes síntomas: polidipsia (sed excesiva), polifagia (hambre excesiva) y polaquiuria (micción excesiva), con antecedentes de hipertensión arterial.

El médico general realiza examen físico, el cual se encuentra sin alteraciones y hemodinamicamente estable, identificando los siguientes diagnósticos:

**Dx principal presuntivo:** E119 Diabetes Mellitus Tipo II

**Dx relacionado:** I10X Hipertensión Arterial.  
Razón por la cual se ordenan exámenes de laboratorio clínico.

**Valor Consulta:** \$20,000

El día 12 de enero de 2020 se realiza los siguientes exámenes de laboratorio:

- ✓ (903843) Glucosa Pre y Post Prandial (\$15.000)
- ✓ (907106) Uroanálisis (\$12.000)
- ✓ (903856) Nitrógeno Ureico (\$15.000)
- ✓ (903895) Creatinina en suero u otros fluidos (\$8.000)
- ✓ (903859) Potasio en suero u otros fluidos (\$8.000)

El día 20 de enero de 2020 asiste a consulta de control de medicina general (890301) con resultados de exámenes, así:

Glucosa pre: 130 mg/dl y Glucosa post: 250 mg/dl  
Sin otra alteración en demás laboratorios.

Se confirma Diagnóstico principal: Diabetes Mellitus Tipo II (E119) y Diagnóstico Relacionado: Hipertensión Arterial (I10X)

**Valor Consulta de Control:** \$0.00

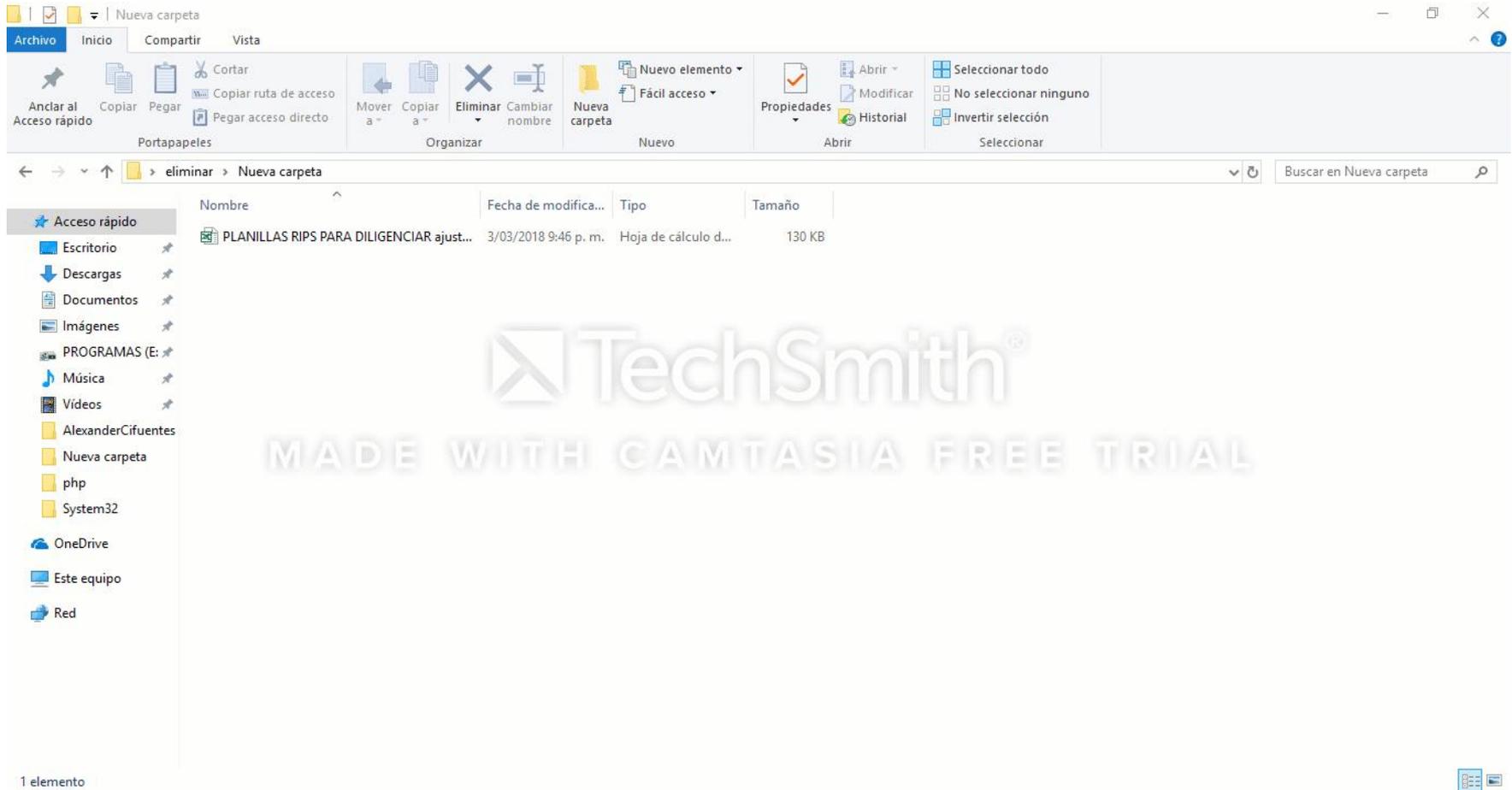
# CONVERSIÓN DE EXCEL A ARCHIVO PLANO

# CREACION ARCHIVOS PLANOS

Estructura	Nombre
Usuarios	 US2019-9.TXT
Facturación o Transacciones	 AF2019-9.TXT
Consultas	 AC2019-9.TXT
Procedimientos	 AP2019-9.TXT

# MACRO PARA LA CONVERSIÓN DE HOJAS EXCEL A EXTENSIÓN ".TXT"

Antes de comenzar tenga en cuenta lo siguiente, si se encuentra trabajando con libros de Excel por favor guarde el trabajo y cierre los libros, con el fin de evitar que la macro altere sus archivos personales.



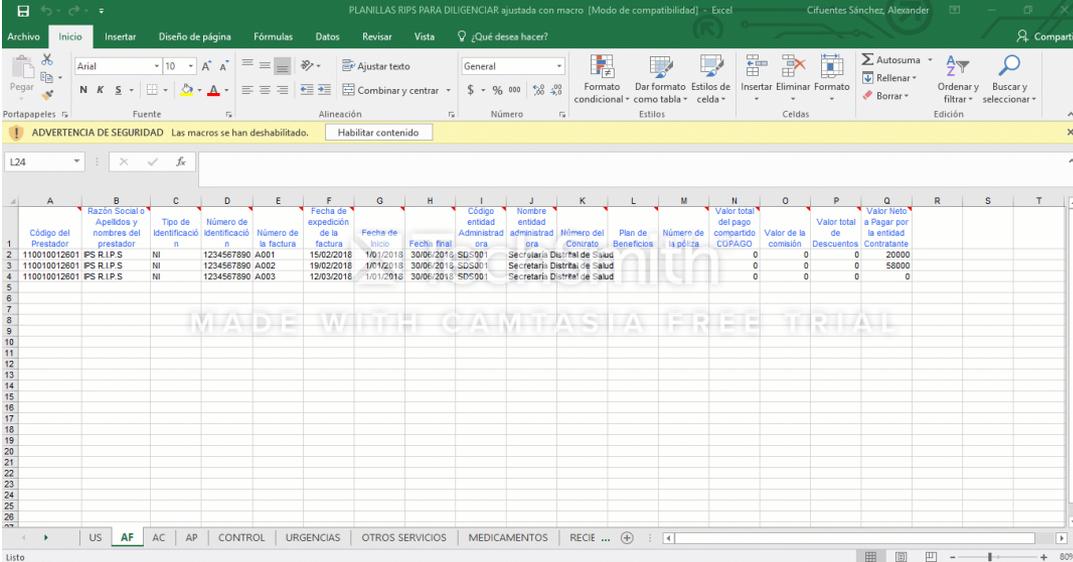
1) Proceda abriendo la plantilla Excel.

2) Posterior a la apertura del libro, active la opción “activar macros” o “habilitar contenido”, para no presentar inconvenientes con la macro contenida en el libro.

- La macro funciona con versiones de Excel desde 2007 hasta 2016.

- Si presenta restricciones de seguridad es preferible que abra el libro desde una carpeta donde su usuario tenga permisos, por ejemplo:

"C://SuEmpresa/SuUsuario/des cargas".



PLANILLAS RIPS PARA DILIGENCIAR ajustada con macro [Modo de compatibilidad] - Excel

ADVERTENCIA DE SEGURIDAD Las macros se han deshabilitado. Habilitar contenido

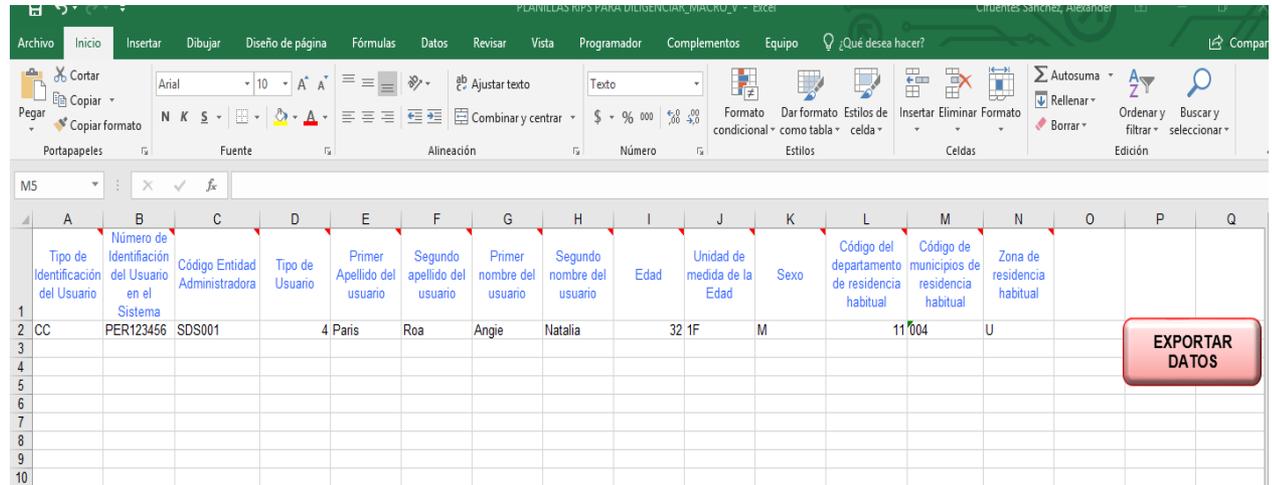
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
	Código del Prestador	Razón Social, Apellidos y nombres del prestador	Tipo de identificación	Número de identificación	Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de inicio	Fecha final	Código entidad administradora	Nombre entidad administradora	Número del contrato	Plan de Beneficios	Número de la póliza	Valor total del pago compartido COFAGO	Valor de la comisión	Valor total de Descuentos	Valor Neto a Pagar por la entidad Contratante			
1																				
2	110010012601	PS R.I.P.S	NI	1234567890	A001	15/02/2018	10/1/2018	30/06/2018	SUS001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	20000			
3	110010012601	PS R.I.P.S	NI	1234567890	A002	19/02/2018	10/1/2018	30/06/2018	SUS001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	58000			
4	110010012601	PS R.I.P.S	NI	1234567890	A003	12/03/2018	11/1/2018	30/06/2018	SUS001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	0			

3) Cuando haya terminado de diligenciar el libro de Excel, diríjase a la hoja a convertir.

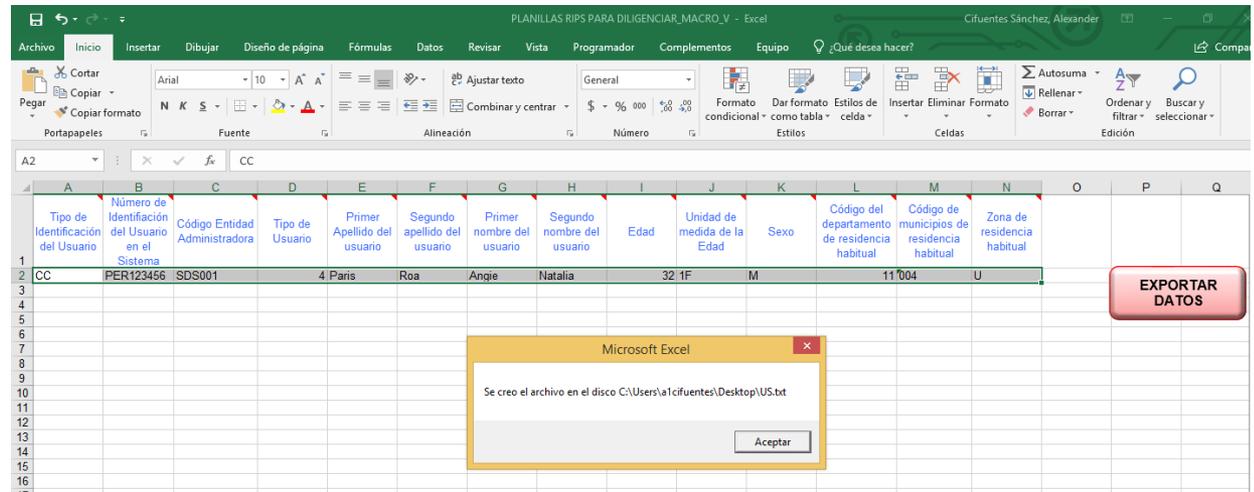
4) Seleccione los datos a exportar, exceptuando la primera fila.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
	Código del Prestador	Razón Social o Apellidos y nombres del prestador	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Número de la factura	Fecha de expedición de la factura	Fecha de inicio	Fecha final	Código entidad administradora	Nombre entidad administradora	Número del Contrato	Plan de Beneficios	Número de la póliza	Valor total del pago compartido COPAGO	Valor de la comisión	Valor total de Descuentos	Valor total a Pagar por la entidad Contratante			
1																				
2	110010012601	IPS R.I.P.S	NI	1234567890	A001	15/02/2018	10/1/2018	30/06/2018	SD0001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	20000			
3	110010012601	IPS R.I.P.S	NI	1234567890	A002	19/02/2018	1/1/2018	30/06/2018	SD0001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	50000			
4	110010012601	IPS R.I.P.S	NI	1234567890	A003	12/03/2018	1/01/2018	30/06/2018	SD0001	Secretaría Distrital de Salud				0	0	0	0			

5) Luego oprima el botón Exportar Datos.

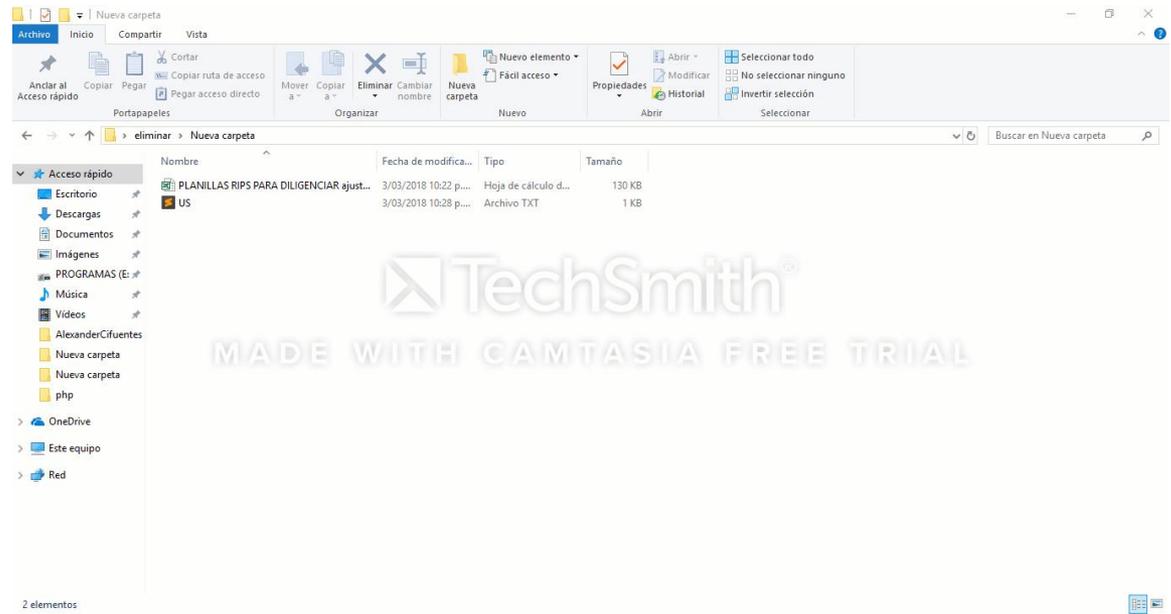


6) La macro le notificará si el proceso fue o no satisfactorio, más la ruta donde se creó el archivo TXT



7) De ser satisfactorio el proceso, la macro generará el archivo ".TXT" en la misma ruta donde se encuentra el libro Excel.

8) Valide que efectivamente se generó el archivo ".TXT" con datos.



**PROCEDIMIENTO  
DESCARGA VALIDADOR  
SDS  
VERSIÓN 3.6**

# DESCARGA VALIDADOR

## Solicitud de descarga del Validador RIPS SDS Versión 3.6

\*Obligatorio

### Código de Habilitación

El código de habilitación para la ciudad de Bogotá inicia con 11001XXXXXX.

Tu respuesta

### Razón Social \*

Razón social o nombre de la persona habilitada

Tu respuesta

### Nombre y apellido \*

Nombre completo de la persona que diligencia el formulario

Tu respuesta

### Tipo de Identificación \*

Tipo de identificación de la persona que diligencia el formulario

Elige

### Numero de Identificación \*

Número de identificación de la persona que diligencia el formulario

Your answer

### Teléfono \*

Numero telefónico de contacto

Your answer

### Correo Electronico \*

Correo electrónico de contacto

Your answer

SUBMIT

Never submit passwords through Google Forms.

# DESCARGA VALIDADOR

## Solicitud de descarga del Validador RIPS SDS Versión 3.6

Su registro fue realizado satisfactoriamente.

Pasos para la instalación del validador:

1. Descargar el instalador del validador desde el siguiente link, tenga en cuenta la ruta del equipo en la que almacenará el archivo descargado.

<https://drive.google.com/uc?id=1yM-XD5x0XcXaPUCUyPQbBkKtJXfPTdo&export=download>

2. Dar doble clic en el archivo ZIP descargado, descomprimir y posteriormente dar doble clic en "Instalador Validador Rips-SDS v3.6.exe".



# PROCESO DE VALIDACIÓN DE LOS RIPS

# TABLAS DE REFERENCIA

Tabla de  
CUPS



Tabla  
CIE10



Tabla  
Medicamentos



DIVIPOLA

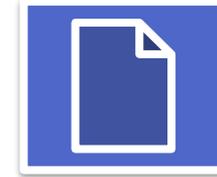


Tabla Prestadores



Base de datos  
RIPS



Base de datos  
inhumados



# Plataforma Web CARGADOR RIPS



# COMO ACCEDER

Acceda a la pagina de la secretaria Distrital de Salud

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx>

The screenshot shows a web browser window with the address bar containing the URL [www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx), which is highlighted with a red box. Below the browser, there is a green navigation bar with icons and text for: Plan Anticorrupción, Sistema de Quejas y Soluciones, Rendición de Cuentas, CDEIS, Transparencia y Acceso a la Información Pública, Sala de Prensa, and Contacto. Below this is a white header area with social media icons (Facebook, Twitter, YouTube), the logo of the Mayor's Office of Bogotá (ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.), the slogan "BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS", the text "SECRETARÍA DE SALUD", a search bar, and accessibility icons (AA and a person icon). Below the header is a blue navigation menu with buttons for: Inicio, La Entidad, Salud Pública, Servicios de Salud y Aseguramiento, Servicio al Ciudadano, Planes y Proyectos, and Campañas en Salud. At the bottom, there is a blue banner with cartoon illustrations and text for: Controla tu, Vacinales, Cuidalos de las, and Protégelos de.

# COMO ACCEDER



Busque el menú carrusel, y desplace con los botones laterales del mismo



# COMO ACCEDER



Registro individual  
de prestación  
de servicios de salud

**PASIVOCOL**



**BED** Boletín  
Epidemiológico  
Distrital

Consulte aquí  
Serie de Metodologías  
para Control Preventivo

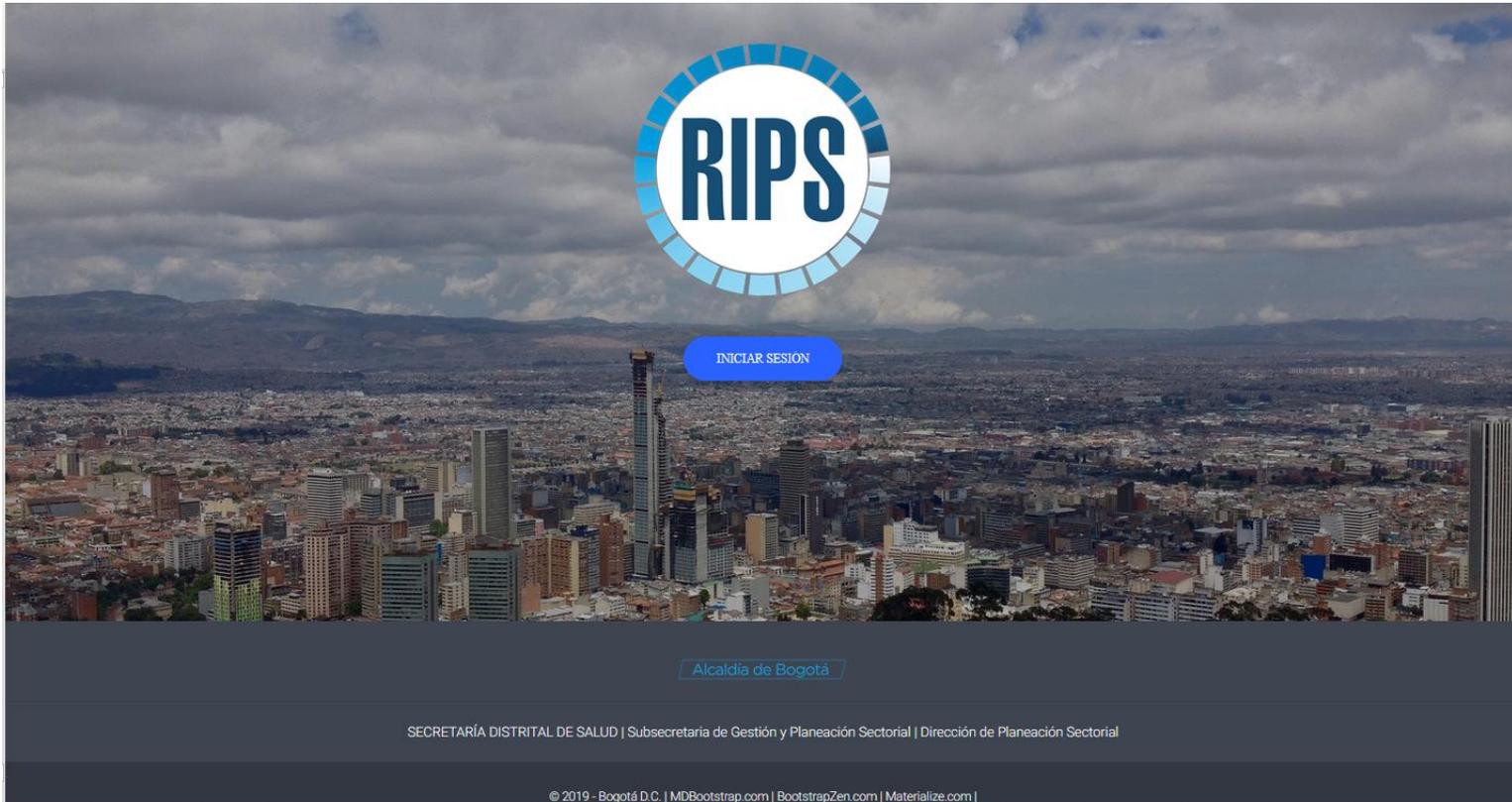


CONSULTA  
TALENTO HUMANO  
EN SALUD  
AUTORIZADO

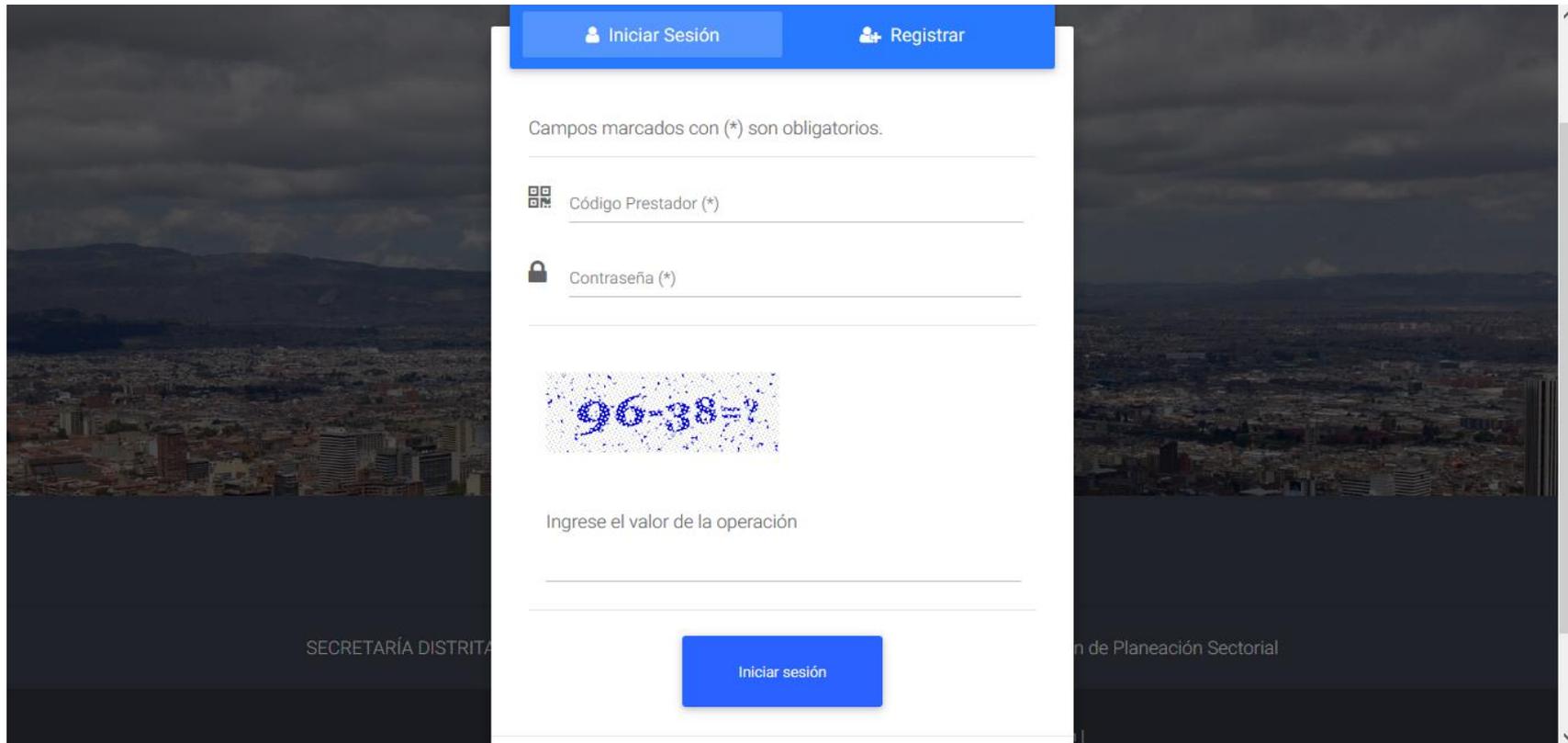


**-REPS-**

# PLATAFORMA WEB



# PLATAFORMA WEB



The screenshot shows a web login interface. At the top, there are two blue buttons: "Iniciar Sesión" (with a user icon) and "Registrar" (with a plus icon). Below these, a note states: "Campos marcados con (\*) son obligatorios." The form contains two input fields: "Código Prestador (\*)" with a grid icon and "Contraseña (\*)" with a lock icon. A CAPTCHA image displays the equation "96-38=?". Below the CAPTCHA is a text prompt "Ingrese el valor de la operación" and an empty input field. At the bottom center is a blue "Iniciar sesión" button. The background features a cityscape under a cloudy sky. Text at the bottom left reads "SECRETARÍA DISTRITAL" and at the bottom right "de Planeación Sectorial".

Iniciar Sesión    Registrar

Campos marcados con (\*) son obligatorios.

Código Prestador (\*)

Contraseña (\*)

96-38=?

Ingrese el valor de la operación

Iniciar sesión

SECRETARÍA DISTRITAL    de Planeación Sectorial

# Módulo Listado RIPS

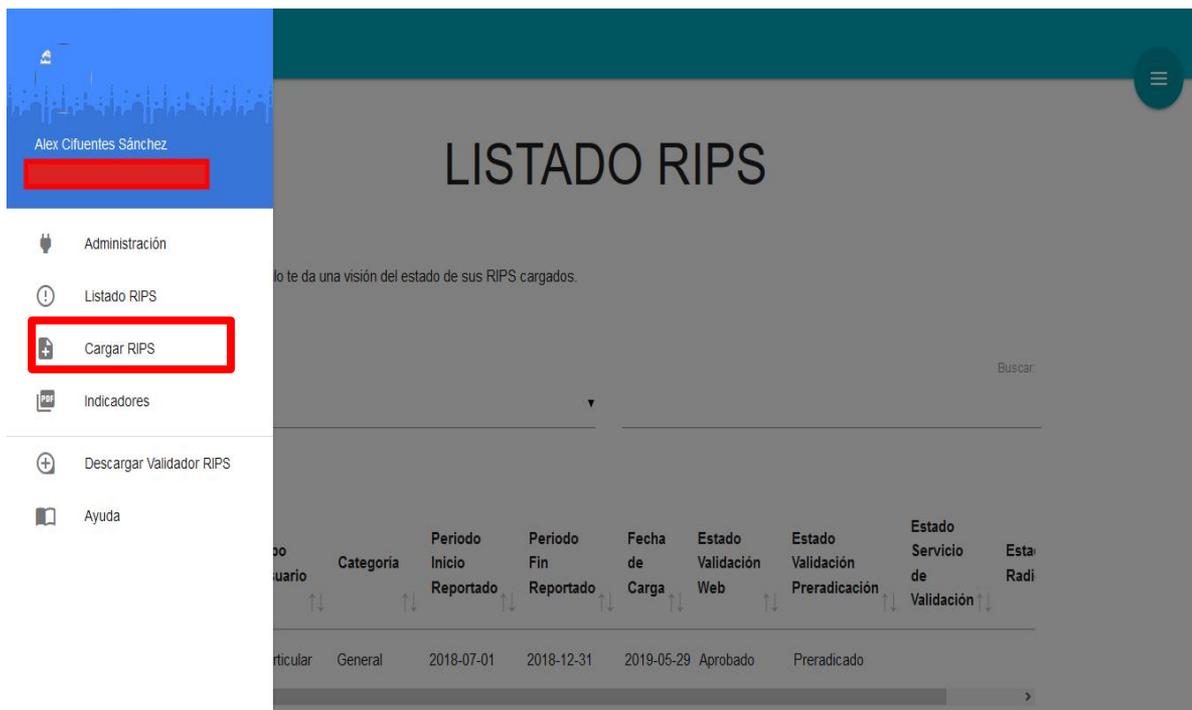
Este módulo te da una visión del estado de sus RIPS cargados.

Mostrar: 10 registros

Código	Tipo Usuario	Categoría	Período Inicio Reportado	Período Fin Reportado	Fecha de Carga	Estado Validación Web	Estado Validación Preradicación	Estado Servicio de Validación	Estado Radi
18	Particular	General	2018-07-01	2018-12-31	2019-05-29	Aprobado	Preradicado		

Esta interfaz se presenta al momento en que el usuario efectúa un inicio de sesión correcto en el aplicativo, el objetivo de esta interfaz es presentar un listado y breve detalle del estado de los archivos RIPS cargados.

# Menú



Esta interfaz se presenta al momento en que el usuario efectúa un inicio de sesión correcto en el aplicativo, el objetivo de esta interfaz es presentar un menú de acceso rápido para acceder

# Módulo Cargue de archivos



## MÓDULO DE CARGA RIPS

Recuerde que para no presentar problemas con el cargue, se le recomienda haber validado sus RIPS con la herramienta de escritorio. Diligencie el formulario para cargar sus RIPS, tenga en cuenta que solo se admiten archivos de texto es decir con extensión ".txt". Los campos con el símbolo asterisco (\*) son de carácter obligatorio

### DATOS DE REPORTE

#### DATOS GENERALES

Tipo Usuario \* Seleccione... Categoría \* Seleccione...

#### CONDICIONES ESPECIALES

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)  
 Atenciones no POS

#### PERIODO DE REPORTE

Fecha Inicio \* Fecha Fin \*

Seleccione

**CARGAR RIPS** **CANCELAR**

Esta interfaz se presenta al momento en que el usuario oprime el botón cargar RIPS, del menú del costado lateral izquierdo, el objetivo de esta interfaz es permitir de manera parametrizada el cargue los diferentes archivos que el usuario desee enviar (cumpliendo con los parámetros exigidos de la plataforma), para su posterior validación y respuesta.



Cargar RIPS

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Cra 32 # 12-81 Bogotá, Colombia  
Teléfono: (571) 3049090  
Código Postal: 111611  
contactenos@salud.capital.gov.co

Entes del Gobierno

Ministerio de Salud y Protección Social  
Gobierno Digital

Información RIPS

Teléfono: 3049090 Extensiones: 9707 - 9017 - 9775

Construido Por:

Equipo de Gestión de la Información

Alcaldía de Bogotá

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD | Subsecretaría de Gestión y Planeación Sectorial | Dirección de Planeación Sectorial

© - 2019 | Versión 1.2.1



**ACTA DE APROBADO**

**ACTA DE RECHAZADO**

**ARCHIVO DE ERRORES**

# MANUAL DE USUARIO



<https://rips.gitbook.io/cargador-rips/>

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CAPACITACIÓN RIPS



LINK: [www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/EncuestaSatisfaccion-CapacitacionRIPS.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/EncuestaSatisfaccion-CapacitacionRIPS.aspx)

# CONTÁCTENOS

INGENIERA  
Jenniffer Palacio M.

CORREO:  
[jspalacio@saludcapital.gov.co](mailto:jspalacio@saludcapital.gov.co)

INGENIERA  
Jeimmy Conto M.  
CORREO:  
[jaconto@saludcapital.gov.co](mailto:jaconto@saludcapital.gov.co)

**Asistencia  
Técnica  
3649675  
Correo:**

INGENIERO  
William Luque M.  
(Validador)  
CORREO:  
[waluque@saludcapital.gov.co](mailto:waluque@saludcapital.gov.co)

INGENIERO  
Alexander Cifuentes S.  
(Plataforma Web)  
CORREO:  
[a1cifuentes@saludcapital.gov.co](mailto:a1cifuentes@saludcapital.gov.co)

**[asistenciarips@saludcapital.gov.co](mailto:asistenciarips@saludcapital.gov.co)**

INGENIERA  
Luz Dary Sierra M.  
CORREO:  
[Ldsierra@saludcapital.gov.co](mailto:Ldsierra@saludcapital.gov.co)

INGENIERO  
Jairo Quiroga M.  
CORREO:  
[j1quiroga@saludcapital.gov.co](mailto:j1quiroga@saludcapital.gov.co)

# PREGUNTAS



Gracias

