



ESTRUCTURA DE LOS REGISTROS  
PARA NOTIFICACIÓN DE DATOS  
DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA



---

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**  
VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

**AUTORES:**

GRUPO SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA-SIVIGILA

Wilson Eduardo Aguilar Landínez, Ingeniero de sistemas

### Histórico de revisiones

Fecha	Revisión	Descripción	Autor
12.09.05	0.9	Versión preliminar como propuesta de Desarrollo	Jaime Ferley Riveros
15.10.05	2006.1	Versión Final para implementación 2006, Esquema integrado con la implementación del SIRE	Oscar Eduardo Pacheco Gilma Constanza Mantilla Videoconferencia Nacional
05.09.06	2007.1	Versión Final para implementación 2007, ajustada al Sistema Integral de Información para la protección social SISPRO y SIVIGILA en WEB Ministerio de la Protección Social, de acuerdo a las modificaciones aprobadas a las fichas de notificación en reunión nacional de epidemiólogos junio de 2006.	Walter Cuervo Moreno Oscar Eduardo Pacheco
22.08.07	2008.1	Versión Final para implementación 2008, ajustada.	Andrés Jehú Holguín Acevedo. Oscar Eduardo Pacheco Garcia
25.11.08	2009.0	Versión actualizada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2009	Norma Rocío Lozano Falla Maribel Ramírez Oscar Eduardo Pacheco Garcia Andrés Jehú Holguín Acevedo Rubén Darío Rodríguez Camargo
15.03.2010	2010.1	Versión actualizada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo Andrés Jehú Holguín Acevedo Maribel Ramírez Rincón
16.09.2010	2010.2	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo Maribel Ramírez Rincón
16.11.2010	2010.3	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2010	Rubén Darío Rodríguez Camargo

01.10.2011	2011.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012.</p> <p>Incluye los eventos bajo peso al nacer, Morbilidad Materna Extrema</p>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
30.12.2011	2011.2	<p>Versión revisada para implementación 2012</p> <p>Incluye nuevos eventos: bajo peso al nacer, exposición a flúor, tuberculosis farmacorresistente, mortalidad por desnutrición.</p> <p>Revisión de reglas de validación</p>	Maribel Ramírez Rincón Wilson Eduardo Aguilar Landínez  Referentes Nacionales del Sistema de Información de Eventos de Interés en Salud Pública, Subdirección de vigilancia y control en salud pública INS
01.08.2012	2012.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012 2.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Cambios en la estructura de varios eventos</li> <li>. Cambios en la estructura de la notificación individual</li> <li>. Incluye propuesta de estructura para el evento Vigilancia nutricional de la gestante (Cod. 111)</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
15.01.2014	2014.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2014 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Cambios en la estructura de varios eventos</li> <li>. Cambios en la estructura de la notificación individual</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos</li> <li>. Eliminación de eventos</li> <li>. Individualización de eventos</li> <li>. Adición de datos complementarios para ciertos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
23.07.2014	2014.2	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2014 2.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Inclusión de nuevo evento Cod. 452</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez

05.01.2015	2015.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2015 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
11.03.2016	2016.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2016 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
01.07.2016	2016.2	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2016 1.3.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para el evento con Cod. 453</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos: Cod. 357, Cod. 359</li> <li>. Eliminación de eventos Cod. 353</li> <li>. Inclusión de registro de indicadores (Web)</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
28.11.2016	2017.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2017 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
09.01.2018	2018.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 1.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos: Cod. 813, Cod. 362 y Cod. 349</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez
04.01.2019	2018.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 1.5.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar landínez

07.03.2020	2020.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 1.7.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
12.01.2022	2022.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 4.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> <li>. Eliminación del capítulo “REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE SALA DE CIRUGÍA Y SALA DE PARTO PARA LOS INDICADORES MENSUALES DE CADA UPGD.”</li> <li>. Inclusión de nuevos eventos: Cod. 739</li> <li>. Inclusión del capítulo “ORDEN DE CAMPOS PARA INTEROPERATIVIDAD A TRAVÉS DE ARCHIVOS PLANOS”</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
13.06.2022	2022.2	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 6.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Revisión de reglas de validación</li> <li>. Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos</li> <li>. Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
23.01.2024	2024.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 7.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Inclusión de variables en datos básicos individuales</li> <li>. Reincorporación de datos complementarios para el evento Mortalidad materna (Cod. 550)</li> <li>. Corrección en la definición de variables para ciertos eventos: brotes, Evento 770</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
09.09.2024	2024.2	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 8.0.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Inclusión del evento Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)</li> </ul>	Wilson Eduardo Aguilar Landínez

31.07.2025	2025.1	Cambio en la obligatoriedad de variables incluyendo una nueva categoría “CONDICIONADA” para variables que dependen de otras pero que al activarse se vuelven obligatorias.	Wilson Eduardo Aguilar Landínez
25.09.2025	2025.2	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 10.0.0:  . Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)	Wilson Eduardo Aguilar Landínez

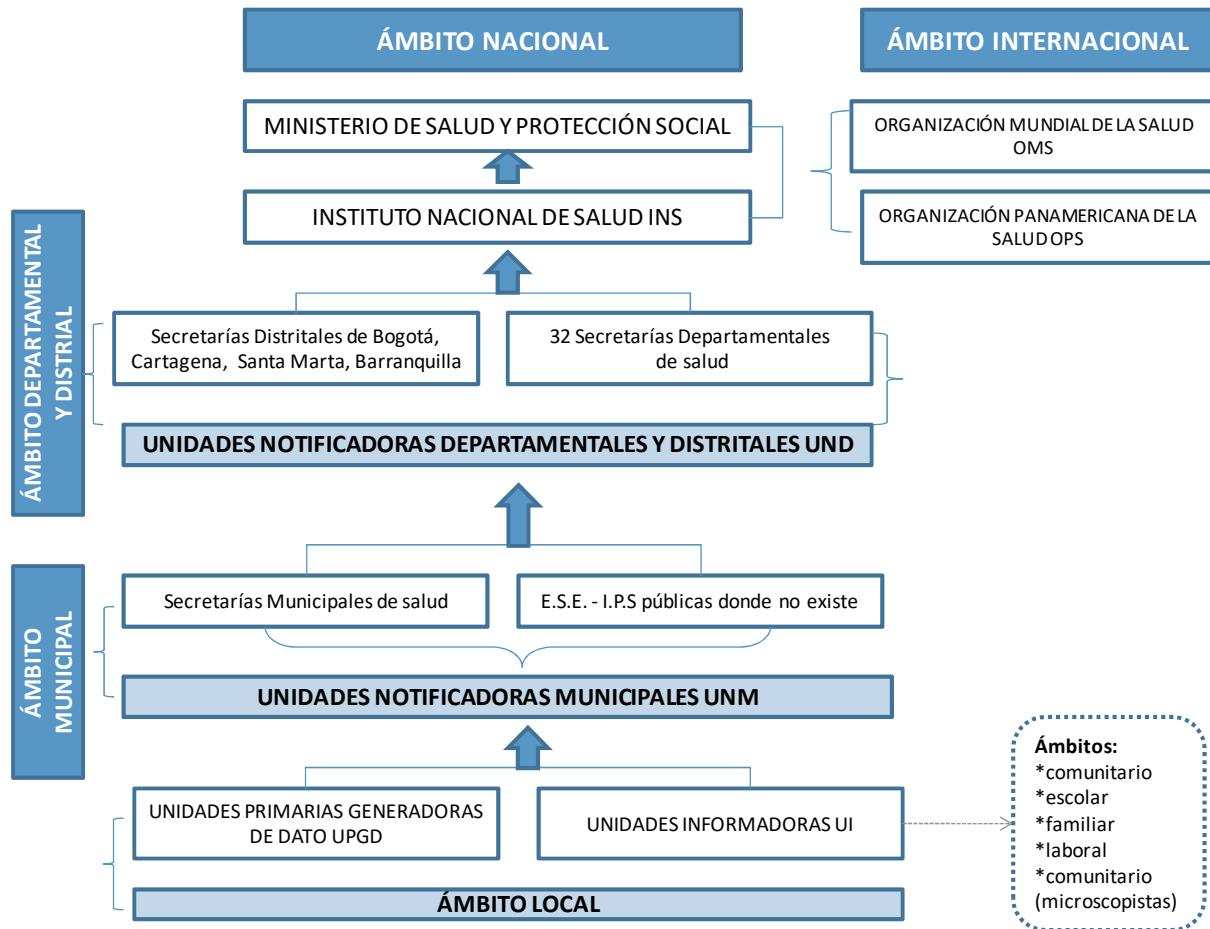


## CONTENIDO

<b>1. FLUJO Y ESTRUCTURA DE ARCHIVOS PLANOS .....</b>	<b>8</b>
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM). ....	9
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Municipal (UNM) a la Unidad Notificadora Departamental (UND). ....	10
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Departamental (UND) al Instituto Nacional de Salud (INS). ....	11
1.1.    Estándar y características de los archivos planos.....	11
Archivo C. Plano de Control - para la UPGD. ....	13
Archivo U. Estructura del archivos plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD. ....	14
Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD - .....	22
Archivo V. Archivo plano contenedor de datos de caracterización de UCI en UPGD.....	25
<b>Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos .....</b>	<b>27</b>
<b>2. ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL .....</b>	<b>33</b>
<b>    Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos .....</b>	<b>33</b>
<b>3. ESTRUCTURA DE DATOS COMPLEMENTARIOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL .....</b>	<b>48</b>
Relación datos básicos con datos complementarios .....	49
<b>4. ORDEN DE CAMPOS PARA INTEROPERATIVIDAD A TRAVÉS DE ARCHIVOS PLANOS .....</b>	<b>564</b>
<b>APROBADO .....</b>	<b>586</b>

## 1. FLUJO Y ESTRUCTURA DE ARCHIVOS PLANOS

Flujo de los archivos planos



- La Unidad Primaria Generadora de Datos consolida datos de los archivos planos recibidos de sus sedes (cuando aplique) y traspone archivos planos consolidados a la unidad notificadora Municipal (UNM) o Distrito (UND) (según sea el caso) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.
- La Unidad Notificadora Municipal consolida datos de los archivos planos recibidos y traspone archivos planos consolidados municipales a la Unidad Notificadora Departamental (UND) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.
- La Unidad Notificadora Departamental consolida datos de los archivos planos recibidos y traspone archivos planos consolidados Departamentales al Instituto Nacional de Salud (INS) en cumplimiento de la notificación periódica semanal individual obligatoria. Puede cargar información



semanalmente a partir de sus propias herramientas o sistemas, conservando la estructura del archivo plano previsto y las reglas de contenido establecidas por el Instituto Nacional de Salud.

**Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM).**

Nombre	Descripción	Longitud
SIGLA + CODIGO UPGD + SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.txt	Sigla (ver tabla Uno), más los cinco dígitos asignados consecutivamente al prestador de servicios de salud, más el número de la semana epidemiológica que se esté notificando.	8

**Ejemplo:**

El prestador de servicios de salud está registrado con el número: 520013333301, ésta UPGD notifica la semana epidemiológica 46 a la Unidad Notificadora Municipal (UNM) = 52001.

El archivo de caracterización debe nombrarse:	U3333346.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V3333346.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R3333346.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N3333346.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B3333346.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D3333346.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C3333346.txt
El archivo tradicional colectivo debe nombrarse:	T3333346.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG):	I3333346.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt

**Nota:** Si el nombramiento de los archivos planos propuesto no es el adecuado para usarse dentro del municipio dadas sus condiciones, la Unidad Notificadora Municipal podrá ajustar el nombre de los archivos, siempre y cuando se conserve lo indicado en título 1, 2 y 3 de este documento.



## Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Municipal (UNM) a la Unidad Notificadora Departamental (UND).

Nombre	Descripción	Longitud
SIGLA + CODIGO MUNICIPIO + SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.txt	Sigla (ver tabla Uno), más los cinco dígitos asignados por el DANE para identificar los municipios, más el número de la semana epidemiológica que se este notificando.	8

### Ejemplo:

La Unidad Notificadora Municipal (UNM) = **52001**, notifica la semana epidemiológica 46 a la Unidad Notificadora Departamental (UND) = 52.

El archivo de caracterización de UPGD debe nombrarse:	U5200146.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V5200146.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R5200146.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N5200146.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B5200146.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D5200146.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C5200146.txt
El archivo tradicional colectivo debe nombrarse:	T5200146.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	I5200146.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt



## Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Departamental (UND) al Instituto Nacional de Salud (INS).

Nombre	Descripción	Longitud
<b>SIGLA + CODIGO DEPARTAMENTO + SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.txt</b>	Sigla (ver tabla Uno), más los dos dígitos asignados por el DANE para identificar los departamentos, más el número de la semana epidemiológica que se este notificando.	8

### Ejemplo:

La Unidad Notificadora Departamental (UND) = **52**, notifica la semana epidemiológica 46 a al Instituto Nacional de Salud INS.

**Nota:** Se debe agregar 3 ceros al código del departamento.

El archivo de caracterización de UPGD debe nombrarse:	U5200046.txt
El archivo de caracterización de UCI en UPGD:	V5200046.txt
El archivo de talento humano y servicios debe nombrarse:	R5200046.txt
El archivo de notificación datos básicos debe nombrarse:	N5200046.txt
El archivo de notificación colectiva debe nombrarse:	B5200046.txt
El Archivo de datos complementarios debe nombrarse:	D5200046.txt
El archivo de control debe nombrarse:	C5200046.txt
El archivo T debe nombrarse:	T5200046.txt
El archivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	I5200146.txt
El archivo de notificación archivo plano debe nombrarse:	SIVIGILA.txt

### 1.1. Estándar y características de los archivos planos.

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

Características de los archivos planos.

- a. Los campos de las variables del archivo plano deben estar separados por comas. La coma solamente debe ser utilizada para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco) igual se debe incluir el campo separado por comas (,). Nunca utilizar el carácter coma (,) en los campos texto.
- b. Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (" "), ni ningún otro carácter especial.
- c. Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- d. No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.

### Siglas principales para nombramiento de los archivos planos.

Se ha de tener en cuenta las siguientes siglas para los nombres de los archivos a remitir por parte de las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) y las Unidades Notificadoras (UN)

<b>Sigla</b>	<b>Descripción</b>	<b>Longitud</b>
<b>U</b>	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades primarias generadoras del dato UPGD.	1
<b>V</b>	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades de cuidado intensivo (UCI) en las UPGD.	1
<b>R</b>	Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD	1
<b>N</b>	Archivo plano contenedor de datos básicos de notificación individual periódica semanal obligatoria	1
<b>B</b>	Archivo plano contenedor de datos de notificación colectiva periódica semanal obligatoria	1
<b>D</b>	Archivo plano contenedor de datos complementarios de notificación periódica semanal obligatoria.	1
<b>C</b>	Archivo plano de control.	1
<b>T</b>	Archivo plano contenedor de datos de los eventos de notificación individual periódica semanal obligatoria.	1
<b>I</b>	Archivo plano contenedor de datos del evento colectivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	1
<b>SIVIGILA</b>	Archivo plano contenedor de datos de cuando fue generado el archivo plano individual periódica semanal obligatoria.	1

**Archivo C. Plano de Control - para la UPGD.**

Código Campo	Nombre Conceptual	Longitud	Valores Permitidos
1.a	Código del prestador de servicios de salud	10	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" <b>Ejemplo: 52 001 00001</b> <b>(Ver Nota 1)</b>
1.b.	Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	2	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. <b>(Ver Nota 2)</b>
2	Fecha Notificación	10	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)
3	Nombre de Archivo	8	Nomenclatura de siglas según tabla 1 y reglas de nombramiento según flujo, sin extensión.
4	Número de registros.	4	Número de registros notificados por UPGD.

**Nota 1.** Cuando el archivo plano de control sea generado por la Unidad Notificadora Municipal (UNM), ó la Unidad Notificadora Departamental (UND), en el campo “1.a” debe ingresarse el código del ente territorial asignado por el DANE y completarse a la longitud permitida con “Ceros” (0).

Ejemplo:

i). la UND: Nariño = 5200000000, y ii). La UNM: Pasto = 5200100000

**Nota 2.** Cuando el archivo plano de control sea generado por la Unidad Notificadora Municipal (UNM), ó la Unidad Notificadora Departamental (UND), en el campo “1.b” deben ingresarse dos ceros (00)

Ejemplo

i). 00

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de cambio en la Caracterización	FEC_CAR	10	Fecha	AAAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Debe ser igual a la fecha actual No puede ser inferior a la fecha de entrega del aplicativo.
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. *	SI	
Razón Social	RAZ_SOC	200	Texto	Nombre de la persona jurídica registrada para identificar a la UPGD	SI	
Dirección UPGD	DIR	150	Texto	Dirección de Correspondencia de la UPGD	SI	
Representante Legal	REP_LEG	100	Texto	Nombres y Apellidos del Representante legal la UPGD.	SI	
Correo Electrónico	COR_ELE	254	Texto	Correo electrónico de la UPGD.	SI	Debe satisfacer una dirección de correo según el estándar RFC 2822 de la IETF (aproximadamente)

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Responsable Notificación	RES_NOT	100	Texto	Nombres y Apellidos de la persona responsable de la notificación en la UPGD	SI	
Teléfono	TEL	15	Texto	Número telefónico de la UPGD.	SI	
Fecha de constitución o inicio de actividades asistenciales	FEC_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Debe ser mayor o igual a la fecha de caracterización
Naturaleza Jurídica	NAT_JUR	1	Texto	1 = Privada sin ánimo de lucro 2 = Privada con ánimo de lucro 3 = Mixta 4 = Pública	SI	
Nivel de Atención	NIV	1	Texto	1 = I 2 = II 3 = III	SI	
Unidad de Análisis	UNI_ANA	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Cove	COV	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Talento Humano Disponible	TAL_HUM	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Tecnología Disponible	TEC_DIS	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Computador	COM	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Fax Módem	FAX_MOD	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Correo Electrónico	TIE_COR	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	VALIDAR QUE TENGА EL CARÁCTER "@ Y COMO MÍNIMO 8 CARACTERES
Internet	INT	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Telefax	TEL_FAX	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Radioteléfono	RAD_TEL	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Activa en el Sivigila	ACT_SIV	1	Texto	1 = Sí 2 = NO	SI	
Nit UPGD	NIT_UPGD	12	Texto	Numérico	SI	VALIDAR QUE SE INGRESE CON EL NUMERO DE VALIDACION
Tipo de unidad notificadora	ES_UNI_NOT	1	Texto	1 = UI 2 = UPGD	SI	
Estado	ESTADOUUPGD	1	Texto	1 = Abierta 2 = Cerrada	SI	
Localidad o Zona	LOC_O_ZONA	2	Texto	Texto	NO	En caso de que no aplique, el valor será "NA"
Fecha Inicial de Caracterización	FEC_INICAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Fecha efectiva en la cual la UPGD empezó a usar el Sistema SIVIGILA
¿La IPS es Hospital universitario?	HOSP_UNIVE	1	Texto	1= SI 2= NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
¿La IPS Pertenece al régimen de excepción?	REG_EXCEPC	1	Texto	1= SI 2= NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
Cuál es el número total de camas hospitalarias en la IPS sin incluir urgencias	TOT_CAMAS	5	Texto	>=1 AND <= 99999	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí Segun capacidad instalada inscrita en la caracterización
Cuenta la UPGD con un comité de infecciones conformado de manera oficial	COMITE_INF	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
La búsqueda de casos de infección es realizada por profesionales	BI_PROFESI	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
Cuantos brotes de IAAS se presentaron en el último año?	IAAS_ULTIM	3	Texto	>=0 AND <=100	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
Cuenta la UPGD con informes documentales de los análisis de las tendencias de las IAAS que incluya la identificación de problemas y sus respectivas recomendaciones.	INF_TENDEN	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
Realiza la IPS socialización de los informes de las tendencias de las IAAS a los servicios involucrados con la vigilancia	SOCIAL_TEN	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología	LAB_MICROB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí
El laboratorio es propio	LAB_PROPPIO	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí
Ingrese el (los) nombre(s) del (los) laboratorio(s) de microbiología contratado(s)	LABS_CONTR	254	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 2=No

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
El laboratorio de microbiología tiene la capacidad de identificar género y especie.	IDENT_GYE	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "El laboratorio es propio" en opción 2 = NO	
El laboratorio de microbiología tiene capacidad para realizar pruebas de susceptibilidad antimicrobiana.	PRUE_SUCEP	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El laboratorio de microbiología cuenta con un sistema automatizado para la identificación y susceptibilidad antimicrobiana.	LAB_AUTOMA	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Vitek	VITEK	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Microscan	MICROSCAN	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El laboratorio de microbiología dispone de los siguientes equipo(s) automatizados - Phoenix	PHOENIX	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El laboratorio de microbiología cuenta con Control de Calidad Interno para susceptibilidad de los antimicrobianos.	LAB_CCI	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

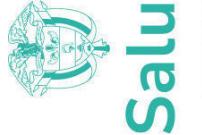
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
El laboratorio de microbiología participa en un programa de Control de Calidad Externo del desempeño para susceptibilidad de los antimicrobianos.	LAB_CCE	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí	
El personal de microbiología es miembro activo del Comité de Infecciones	MICR_CDI	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	
Utiliza el software Whonet para el análisis de los datos microbiológicos.	WHONET	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	
La IPS realiza los informes periódicos de los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de agentes etiológicos de importancia clínica.	INFORM_PAT	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	
El laboratorio de microbiología confirma perfiles inusuales de las cepas.	LAB_CON_PE	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	
El laboratorio de microbiología remite las cepas para la confirmación de perfiles inusuales a otra entidad.	LAB_Rem_CE	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	
El laboratorio de microbiología reporta al Comité de Infecciones los hallazgos microbiológicos inusuales.	LAB_REPORT	1 Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAD" es 1=sí	

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica CAB" es 1=sí
Quién realiza la vigilancia de CAB en la UPGD?	QUIEN_VCB	1	Texto	1 = Médico 2 = Químico Farmacéutico 3 = Enfermera	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica CAB" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
La UPGD cuenta con servicio de Cesárea	SER_CESARE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
La UPGD cuenta con servicio de Parto vaginal	SER_PAR_VA	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
La UPGD cuenta con servicio de Colecistectomía	SER_COLECI	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
La UPGD cuenta con servicio de Herniorrafia	SER_HERNIO	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
La UPGD cuenta con servicio de Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante	SER_REVASC	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí	NDICION Obligatoria si la respuesta a "Notifica ISO" es 1=sí
Notifica IAD?	NOTIF_IAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	SI
Notifica ISO?	NOTIF_ISO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	SI

**Archivo U. Estructura del archivo plano contenido de datos de Caracterización de UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Notifica CAB?	NOTIF_CAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	3 = Digitado con SIMGILA 2014 o superior o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	Si	Para uso interno



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud”	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

**Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL COD_ART	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Artículo		2	Texto	1 = Epidemiólogo 2 = Médico Especialista 3 = Médico General 4 = Enfermero(A) 5 = Bacteriólogo(A) 6 = Técnico(A) Asistencial O Administrativo 7 = Promotor(A) De Salud 8 = Otro 11 = Consulta General 12 = Consulta Especializada 13 = Urgencias 14 = Vacunación 21 = Medicina General 22 = Medicina Interna 23 = Pediatría 24 = Neurología 25 = Ginecobstetricia 26 = Cuidados Intensivos 31 = Hematología 32 = Microbiología 33 = Química 34 = Inmunología 35 = Patología 36 = Toxocología 37 = Parasitología 38 = Viroología	SI	
Valor	VALOR	8	Texto	Valor numérico que indica la cantidad de horas asignadas a vigilancia	SI	

**Archivo R. Archivo plano contenedor de datos sobre el talento humano disponible para la vigilancia y la prestación de servicios en las unidades primarias generadoras del dato UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CASO (Ajuste)	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Archivo V Archivo plano contenedor de datos de caracterización de UCI en UPGD**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. *	SI	
Número identificador de la UCI en la UPGD	ID_UCI	2	Numérico	>0	SI	
Tipo UCI	TIPO_UCI	1	Texto	A=UCI-AP=UCI-P N=UCI-N	SI	
No. Total de Camas UCI	TOT_UCI	3	Numérico	>=1 AND <= 999	SI	No debe ser mayor al número de camas hospitalarias.
Sub Tipo UCI	SUB_TIPUCI	1	Texto	2 = Médico - Quirúrgica 3 = Cardiovascular	SI	
Activa	ACTIVA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste	NO	

Archivo V Archivo plano contenedor de datos de caracterización de UCI en UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO	LONG	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	Texto	2	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección Temporal CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	Texto	20	Número del documento señalado.	Si	

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
VARIABLE GLOBAL PARA IDENTIFICACION DE REGISTRO.	CONTROL	12	Texto	"LABORATORIOS"	SI	Permite diferenciar el origen del registro. Evento y Laboratorio. Todos los registros de Laboratorio deben contener esta leyenda obligatoriamente.
Primer Nombre	PRI_NOM	30	Texto	Primer Nombre del paciente Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Marco Alejandro Mol	SI	
Segundo Nombre	SEG_NOM	30	Texto	Segundo nombre del paciente No obligatorio	NO	
Primer Apellido	PRI_APE	30	Texto	Primer apellido del paciente	SI	
Segundo Apellido	SEG_APE	30	Texto	Segundo apellido del paciente No obligatorio	NO	

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de la Toma del Examen	FEC_EXA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Permite diferenciar el origen del registro. Evento y Laboratorio. Todos los registros de Laboratorio deben contener esta fecha obligatoriamente excepto el evento con código INS 340
Fecha de la Recepción en el Laboratorio	FEC_REC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Muestra	MUESTRA	2	Texto	0 = No aplica 1 = Sangre Total, 2 = Orina 3 = Hisopado Nasofaringeo 4 = Tejido 6 = Lcr 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 10 = Esputo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 18 = Vómito 19 = Médula osea 20 = Líquido sinovial 21 = Linfa 22 = Lavado bronquial 31 = Moco 32 = Secretiones 33 = Placenta 34 = Cordón umbilical 35 = Uñas	NDICION	Ver cuadro por evento. La opción 0 solo aplica para el evento Defectos congénitos (Cod. 215)
Prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Agente	AGENTE	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado	RESULTADO	2	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = No Procesado 4 = Inadecuado 5 = Dudososo 6 = Valor Registrado 7 = Compatible 9 = Desconocido 10 = Reactivos 11 = No Reactivo 12 = Contaminada Con Hongos 13 = Muestra Escasa De Células 14 = Borderline 15 = No compatible 16 = Índice bacilar 17 = Sensible 18 = Resistente 19 = Intermedio	SI	Si se emplea el código de agente 99 Virus respiratorios, el resultado solamente admite 2, 3 o 4)
Fecha de Expedición del resultado	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Valor (si aplica)	VALOR	30	Texto	Texto	NDICION	(Opcional dependiente de 14)
Teléfono del paciente	TELEFONO	20	Texto	Texto	NO	
Dirección del paciente	DIRECCION	150	Texto	Texto	NO	
Tipo de Régimen en Salud	TIP_REG_SA	1	Texto	C = Contributivo S = Subsidiado P = Excepción E = Especial N = No Asegurado	NO	
Código Administradora	COD_ASE	6	Texto	Código de la entidad responsable de la atención del paciente. Código asignado por el MPS a la Administradora.	NDICION	Si se selecciona la opción "no afiliado" en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva esta variable. Para las demás opciones es obligatorio su

**Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO	LONG	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	Texto	1	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	Fecha	10	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	Texto	1	3 = Digitado con SIMGILA 2014 o superior o ya fue transformado 5 = Digitado con SIMGILA 2018 o superior o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango 1-53.	SI	Debe construirse de acuerdo a la fecha establecida para cada evento
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	Debe construirse de acuerdo a la fecha establecida para cada evento
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Primer Nombre	PRI_NOM	30	Texto	Primer Nombre del paciente Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Marco Alejandro Mol	SI	
Segundo Nombre	SEG_NOM	30	Texto	Segundo nombre del paciente No obligatorio	NO	
Primer Apellido	PRI_APE	30	Texto	Primer apellido del paciente	SI	
Segundo Apellido	SEG_APE	30	Texto	Segundo apellido del paciente No obligatorio	NO	

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**  
**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carte diplomática SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	Establecidos en Circular No. 24 de 2019 y Resolución 11178 de 2021 del Ministerio de salud y protección social
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	"Si no se tiene el doc. del paciente se debe ingresar así: Si es menor de edad, el doc. de la madre y un número consecutivo - posiblemente el del Nacimiento-Si es mayor de edad, un número consecutivo"
Edad	EDAD	3	Texto	Edad en números enteros del paciente. Se registra 0 solo para mortinatos o evento In Utero	SI	Si ingresa fecha de nacimiento el sistema calcula la edad y deshabilita este campo. Al valor 0 (cero) debe asignarse por defecto en medida el mismo valor (cero)

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	0 = No aplica 1 = Años 2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 = Indeterminado	SI	Si selecciona CC, TI, CE, en documento de identidad, unidad de medida solo debe ser 1
Sexo	SEXO	1	Texto	M = Hombre F = Mujer I = Indeterminado	SI	
País de ocurrencia del caso	COD_PAIS_O	3	Texto	Código de país internacional	SI	Por defecto debe aparecer inicialmente "COLOMBIA"
Código del Departamento de ocurrencia del caso.	COD_DPTO_O	2	Texto	Código del Departamento Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	
Código del Municipio de ocurrencia del caso	COD_MUN	3	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. El código del municipio tiene dependencia directa con el Departamento segúrn DANE. Ejemplo: Pasto = 001	SI	
Área de ocurrencia del caso.	AREA	1	Texto	1 = Cabeccera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	SI	No aplica para el(las) evento(s) con código 352, 357
Localidad o Comuna	LOCALIDAD	20	Texto	Dependiente 2.14.1	NDICION	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1 = cabeccera Municipal
Centro Poblado	CEN_POBLAD	20	Texto	Dependiente 2.14.2	NDICION	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 2= centro poblado

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vereda	VEREDA	20	Texto	Dependiente 2.14.3	NDICION	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 3= rural disperso
Barrio Vereda Localidad de ocurrencia del caso	BAR_VER	20	Texto	Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NDICION	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
Dirección de Residencia	DIR_RES	150	Texto	Dirección de residencia del paciente	NDICION	No aplica para el(es) evento(s) con código 357
Ocupación del paciente	OCUPACION	9	Texto	Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente (Decreto 654 publicado el 16 de junio de 2021 por el Ministerio de Trabajo y la resolución 0771 del 7 de julio de 2021).	SI	No aplica para los eventos con código 352, 357
Tipo de Régimen en Salud	TIP_SS	1	Texto	C = Contributivo S = Subsidiado P = Excepción E = Especial N = No Asegurado I = Indeterminado/Pendiente	SI	

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**  
**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Administradora	COD_ASE	6	Texto	Código de la entidad responsable de la atención del paciente. Código asignado por el MPS a la Administradora.	Si	Si se selecciona la opción N = "no asegurado" o la opción I = "Indeterminado/Pendiente", en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva la variable código de administradora. Para las demás opciones es obligatorio su diligenciamiento.
Pertenencia Étnica.	PER_ETN	1	Texto	Es el código asignado por el DANE a la pertenencia étnica, se omiten las etnias consideradas en la clasificación DANE que no tienen evidencia epidemiológica de comportamiento especial para los eventos de interés en salud pública. Se usa la codificación estándar para las de interés: 1 = Indígena 2 = ROM, Gitano 3 = Raizal 4 = Palenquero 5 = Negro, Mulato, Afro Colombiano 6 = Otro	Si	

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**  
**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Grupo Poblacional - Personas en situación de discapacidad	GP_DISCAPA	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Desplazados	GP_DESPLAZ	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Migrantes	GP_MIGRANT	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Población privada de la libertad	GP_CARCEL	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Gestantes	GP_GESTAN	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Habitante de calle	GP_INDIGEN	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Población infantil a cargo del ICBF	GP_POBICFB	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Madres Comunitarias	GP_MAD_COM	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Desmovilizados	GP_DESMOV	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Población en centros psiquiátricos	GP_PSIQUIA	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357
Grupo Poblacional - Víctima de violencia armada	GP_VIC_VIO	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO 357	No aplica para el(los) evento(s) con código 357

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Grupo Poblacional - Otros	GP_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	No aplica para el(s) evento(s) con código 357
Código del Departamento de Residencia del paciente.	COD_DPTO_R	2	Texto	Código del Departamento Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	No aplica para el(s) evento(s) con código 352, 357
Código Municipio de Residencia del paciente.	MUN_PRO	3	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 001	SI	No aplica para el(s) evento(s) con código 352, 357
Fecha Consulta	FEC_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	<= a la fecha de notificación
Fecha Inicio de Síntomas	INI_SIN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	<= a la fecha de consulta Depende del evento notificado, debe tenerse en cuenta el documento codificación de eventos.  Si a partir de esta fecha se construye la semana epidemiológica del evento debe ser obligatorio su diligenciamiento

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**  
**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación inicial del caso	TIP_CAS	2	Texto	1 = Sospechoso 2 = Probable 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmado por Nexo Epidemiológico.	SI	
Hospitalizado	PAC_HOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Obligatoria excepto para el evento Cod. 110 (Bajo peso al nacer)
Fecha Hospitalización	FEC_HOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de hospitalizado en la opción 1=si >= fecha de consulta
Condición final	CON_FIN	1	Texto	0 = No sabe, no responde 1 = Vivo 2 = Muerto	SI	La opción muerto debe estar cargada automáticamente para los eventos de mortalidad definidos en el documento codificación de eventos
Fecha Defunción	FEC_DEF	10	Texto	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Si se selecciona la opción 2=muerto en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable >= fecha de consulta

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**  
**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CASO (Ajuste)	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez, 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Telefono Paciente	TELEFONO	20	Texto		SI	Cuando el usuario no diligencie esta variable, el sistema debe asignar "SIN" INFORMACIÓN"
Fecha De Nacimiento	FECHA_NTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	En caso de no diligenciar datos esta variable debe generarse el siguiente mensaje: "¿continuar sin ingresar la fecha de nacimiento?"
Numero del certificado defunción	CER_DEF	20	Texto	Número del certificado de defunción	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe activarse esta variable
Causa básica de defunción	CBMTE	4	Texto	Código de la CIE X	NDICION	Si se selecciona la opción 2= muerto, en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable
Fecha de creación de archivo plano	FEC_ARC_PL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	

**ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**

**Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del profesional que diligencia la ficha	NOM_DIL_FI	100	Texto	Texto	SI	
Teléfono del profesional que diligencia la ficha	TEL_DIL_FI	12	Texto	Texto	SI	Alfanumérico - Mínimo 7 dígitos y máximo 12 en caso de tener extensión
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	
Fuerza	FM_FUERZA	1	Texto	1 = GAB 2 = CGF 3 = EJC 4 = ARC 5 = FAC 6 = HMC 7 = POL 8 = SIN	NO	
Unidad	FM_UNIDAD	10	Texto	Código de la Unidad Militar según tabla de Unidades Militares	NO	
Grado	FM_GRADO	7	Texto	Código de la Grado Militar según tabla de Grados Militares	NO	

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL DATO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Notificación inmediata	INMEDIATA	2	Texto	SI – Indica que el registro corresponde a una notificación inmediata NO – Indica que el registro corresponde a una notificación rutinaria	NO	
Versión	VERSION	30	Texto	Para uso interno. Versión del SIVIGILA con la que fue grabado o actualizado el registro	NO	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	3 = Digitado con SIVIGILA 2014 o superior o ya fue transformado 5 = Digitado con SIVIGILA 2018 o superior o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Ingreso por notificación inmediata	INGR_X_NI	1	Texto	Para uso interno. Indica si el registro fue grabado en el escenario de notificación inmediata	NO	
Unidad que hace el ajuste del caso	UNI_MODIF	12	Texto	Código de la unidad que hace el ajuste del caso según se encuentra definido en la configuración de la UPGD que reporta datos a otro nivel	NO	

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0
Fuente	FUENTE	1	Texto	1 = Notificación rutinaria 2 = Busqueda Activa Institucional 3 = Vigilancia intensificada 4 = Busqueda Activa Comunitaria 5 = Investigaciones	SI	Si AJUSTE es 0 o 7, Fuente es obligatoria.
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estrato_1 2 = Estrato_2 3 = Estrato_3 4 = Estrato_4 5 = Estrato_5 6 = Estrato_6	NO	
Semanas de gestación	SEM_GES	2	Texto	>=1 AND <=45	NDICION	Dependiente de "Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1=Sí
Grupo étnico	GRUPO_ETNI	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Pertenencia étnica" en opción 1
Nacionalidad	NACIONALID	3	Texto	Según tabla de referencia	SI	Si AJUSTE es 0 o 7, Nacionalidad es obligatoria.
Latitud de la dirección de residencia	LAT_DIR	9	Numérico	>=-90 AND <= 90	NO	Latitud correspondientes a la dirección del paciente
Longitud de la dirección de residencia	LONG_DIR	10	Numérico	>=-180 AND <= 180	NO	Longitud correspondientes a la dirección del paciente

### ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel de confianza de la georeferenciación	CONFGEODIR	3	Numérico	>=0 AND <= 100	NO	100:geocódigo exacto para el que se dispone de ubicación precisa que puede llegar hasta la dirección; 75: aproximación interpolada entre dos puntos precisos (como intersecciones); 50: corresponde al centro geométrico; 25: aproximado
Identidad de género del paciente	IDEN_GENER	1	Texto	1 = Hombre 2 = Mujer 3 = Hombre trans 4 = Mujer trans 5 = Otro	NO	
Cuál otra identidad de género?	OTRA_IDENT	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "identidad de género del paciente" en opción 5
Orientación sexual del paciente	ORIENT_SEX	1	Texto	1 = Heterosexual (atracción hacia el sexo opuesto) 2 = Gay/Lesbiana (atracción hacia el mismo sexo) 3 = Bisexual (Atracción hacia ambos sexos) 4 = Otro	NO	
Cuál otra orientación sexual?	OTRA_ORIEN	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "orientación sexual del paciente" en opción 4
Control 1	CONTROL1	1	Texto		NO	Para uso interno. Valor por defecto: Vacío
Control 2	CONTROL2	1	Texto		NO	Para uso interno. Valor por defecto: Vacío
Control 3	CONTROL3	1	Texto		NO	Para uso interno. Valor por defecto: Vacío



## ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL

Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CONTROL	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Control 4	CONTROL4	1	Texto		NO	Para uso interno. Valor por defecto: Vacio

### **3. ESTRUCTURA DE DATOS COMPLEMENTARIOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL**

Estructura del Archivo Plano Contenedor de Datos Complementarios de los Eventos de Notificación Individual (Archivo D).

El Archivo Plano D, contiene los datos complementarios para los eventos de interés en salud pública de vigilancia nacional que lo requieren; es un empaquetado para la transferencia de registros que dependiendo del evento al que corresponda tiene una estructura propia definida en el Documento: Estructura de los Registros para Notificación de Datos complementarios.

Cumple sin embargo las siguientes reglas generales:

Todos los registros cualquiera sea el evento deben iniciar con los campos siguientes a fin de garantizar su relación con el archivo de Notificación Individual de Casos (N)

**Relación datos básicos con datos complementarios**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario epidemiológico vigente Rango.1-53.
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" <b>Ejemplo:</b> <b>52 001 00001</b>
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según asignado por el Instituto Nacional de Salud.
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.

**Accidente ófídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Accidente ofídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Fecha del Accidente	FEC_ACC	10	fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Dirección del lugar donde ocurrió el accidente	DIR_ACCIDE	40	Texto	Texto	NO	

**Accidente ofídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Actividad que realizaba en el momento del accidente	ACT_REA	1	Texto	1 = Recreación 2 = Actividad agrícola 3 = Oficios Domésticos 5= Recolección de Desechos 6 = Actividad Acuática 8 = Caminar por senderos abiertos o trocha 7= Otro	SI	
Cuál otro?	ACT_REA_OT	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Actividad que realizaba en el momento del accidente" en opción 7=Otro
Tipo de atención inicial	TIP_ATEN_I	1	Texto	1 = Incisión 2 = Punción 3 = Sangría 4 = Torniquete 5 = Inmovilización del enfermo 6 = Inmovilización del miembro 9 = Succión mecánica 7= Otro	SI	
Cuál otro?	CUAL_TI_AI	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Tipo de atención inicial" en opción 7=Otro
La persona fue sometida a prácticas no medicas	PRAC_NOMED	1	Texto	1 = Póclimas 2 = Rezos 3 = Emplastos de hierbas 4 = Ninguno 5 = Otro 6 = Succión bucal	SI	
Cuál otro?	CUAL_PR_NM	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "La persona fue sometida a prácticas no medicas" en opción 5=Otro

**Accidente ofídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización de la mordedura	LOC_MOR	2	Texto	1 = Cabeza (cara) 2 = Miembros superiores 3 = Miembros inferiores 4 = Torax anterior 5 = Abdomen 6 = Espalda 7 = Cuello 9 = Genitales 10= Glúteos 11 = Dedos de pie y de mano 12 = Dedos de mano	SI	
Hay evidencia de huellas de colmillos	HUE_COL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
La persona vio la serpiente que la mordió	SER_IDE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Se capturo la serpiente	SER_CAP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agente agresor, identificación genero	AGE_AGRG	1	Texto	1 = Bothrops 2 = Crotalus 3 = Micrurus 4 = Lachesis 6 = Otro 7 = Pelamis (serpiente de mar) 8 = Colubrido 9 = Sin identificar	SI	
Cuál otro?	AGE_ AGG_OT	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Agente agresor, identificación genero" en opción 6=Otro

**Accidente ofídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agente agresor, nombre común	AGE_AGRN	2	Texto	1 = Mapana 2 = Equis 3 = Cuatro narices 4 = Cabeza de candado 5 = Rabo de chucha 6 = Verrugosa o rieca 7 = Vibora de pestaña 8 = Rabo de ají 9 = Venticuatro 10 = Jergón 11 = Jararacá 12 = Cascabel 13 = Coral 14 = Boca dorada 16 = Patoco/patoquilla 17 = Desconocido 15=Otro	SI	
Cuál otro?	AGE_AGN_OT	30	Texto	Texto		NDICION Opcional dependiente de "Agente agresor, nombre común" en opción 15=Otro
Manifestaciones locales Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Dolor	DOLOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Eritema	ERITEMA	8	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Flictienas	FLICTENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Parestesias/hipoestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Hematomas	HEMATOMAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Otro	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



**Accidente óptico (Cod. 100)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Manifestaciones locales Cuál otro?	QUE_OTR0	30	Texto	Texto		NDICION Opcional dependiente de "Manifestaciones locales Otro" en opción 1=Sí
Manifestaciones sistémicas Náusea	NAUSEAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Hipotensión	HIPOTENSIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Dolor abdominal	DOL_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Fasces Neurotóxica	FAS_NEU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Alteraciones de la visión	ALT_VIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Alteración sensorial	ALT_SEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Debilidad muscular	DEB_MUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	

**Accidente óftico (Cod. 100)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Manifestaciones sistémicas Gingivorrágia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Hematemesis	HEMATEMESI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Hematoquexia	HEMATOQUEX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Vértigo	VERTIGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Ptosis palpebral	PTO_PALPEB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Dificultad para hablar	DIF_HABLAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones sistémicas Otro	OTRO_MS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Manifestaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_MS	30	Texto	Texto		NDICION Opcional dependiente de "Manifestaciones sistémicas Otro" en opción 1=Sí
Complicaciones locales Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Mionectrosis	MIONECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Fasceítis	FASCEITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Accidente ófídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones locales Alteraciones de la circulación/ perfusión	ALTER_CIR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Otro	OTRO_CL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_CL	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Complicaciones locales Otro"
Complicaciones sistémicas Anemia Aguda Severa	ANE_AGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Shock Hipovolémico	SHO_HIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Shock Séptico	SHO_SEP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas IRA	IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas CID	CID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Hemorragia intracraneana	HSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Edema Cerebral	EDEMA_CEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Falla ventilatoria	FALLA_VENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones sistémicas Otro	OTRA_COM_S	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Accidente oftálmico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones sistémicas Cuál otro?	CUAL_OTR_C	30	Texto	Texto		NDICION Opcional dependiente de "Complicaciones sistémicas Otro"
Gravedad del accidente	SEV_ACC	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave 4 = No envenenamiento	SI	
Empleo suero	EMP_SUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tiempo transcurrido	TIP_TRA	5	Hora	Formato DD:HH; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	Utilizar formato hora militar Dependiendo de "empleó suero" en la opción 1= si
Tipo de suero antioftálmico	TIP_SA	1	Texto	1 = Antioftálmico polivalente 3 = Anti-coral	NDICION Depende de empleó suero en la opción 1= si	
Reacciones a la aplicación del suero	REACC_APL	1	Texto	1 = Ninguna 2 = Localizada 3 = Generalizada	NDICION Depende de empleó suero en la opción 1= si"	
Dosis de suero	DOS_SUE	2	Numérico	Registrar el numero de ampollas suministradas al paciente	NDICION Depende de empleó suero en la opción 1= si	
Tiempo de administración de suero	TIE_ADM	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	Utilizar formato hora militar Dependiendo de empleó suero en la opción 1= si
Remitido a otra institución	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tratamiento quirúrgico	TTQ_QX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Accidente oftálmico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de tratamiento quirúrgico	TIP_TTO	1	Texto	1 = Drenaje de absceso 2 = Limpieza quirúrgica 3 = Desbridamiento 4 = Fasciotomía 5 = Injerto de piel 6 = Amputación	NDICION	Depende de "tratamiento quirúrgico" en opción 1=si
Complicaciones locales Síndrome compartimental	SIND_COMPA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fabricante del Suero Antioftálmico	FABRI_SUER	1	Texto	1 = Probiol 2 = Bioclon 3 = INS (Instituto Nacional de Salud) 4 = Otro	NDICION	Depende de empleó suero en la opción 1= si



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Accidente ofídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál otro fabricante?	CUAL_FABRI	30	Texto	texto		NDICION Opcional dependiente de "Fabricante del suero antiofídico" en opción 4=otro
Lote del suero antiofídico	LOTE_SUERO	15	Texto	texto		NDICION Depende de empleó suero en la opción 1= si
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	NDICION Si se marcó o no alguna manifestación local
Manifestaciones locales	MANIFESTACION	1	Texto	1 = Si 2 = No		



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



**Accidente ófídico (Cod. 100)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas	MANIF_SISTÉMIC	1	Texto	1 = Si 2 = No		NDICION Si se marcó o no alguna manifestación sistémica

**Bajo peso al nacer (Cod. 110)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Bajo peso al nacer (Cod. 110)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	Si	
Tipo de documento del recién nacido	TIP_DOC_RN	2 Texto		RC = Registro Civil MS = Menor sin identificación PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo PT = Permiso por Protección Temporal	Si	
Número de identificación del RN	NO_IDE_RN	16 Texto		Texto	Si	

**Bajo peso al nacer (Cod. 110)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de nacimiento del RN	FECHA_NAC	10	fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	no puede ser inferior a 90 días de la fecha de notificación
Edad del recién Nacido en días	EDAD_RN	2	Numérico	>=0	SI	
Sexo del recién nacido	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino	SI	
Peso al nacer en gramos	PESO_NACER	4	Numérico	>=900 AND <=2499	SI	
Talla al nacer en centímetros (2 enteros 1 decimal)	TALLA_NACE	4	Numérico	>=30.0 AND <=55.0	SI	
Semanas de gestación	SEM_GEST	2	Numérico	>=37 AND <=45	SI	
Clasificación del peso al nacer	CLA_PES_NA	1	Texto	1 = Bajo peso al Nacer 2 = Muy Bajo peso al Nacer	SI	Si el peso al nacer está entre 2499 gr y 1500 gr , esta variable debe ser =1 Si el peso al nacer está entre 1499 gr y 900 gr , esta variable debe ser =2
Sitio de atención del parto	SIT_ATE_PA	1	Texto	1 = Institución de salud 2 = Domicilio 3 = Otro 4 = Vía Pública	SI	
Multiplicidad del embarazo	MULT_EMBAR	1	Texto	1= Parto único 2= Parto gemelar 3= Parto de trillizos o más	SI	
Número de embarazos previos	NUM_EM_PRE	2	Numérico	>=0 AND <=20	SI	
Número de hijos vivos contando el actual	NUM_HI_VV	2	Numérico	>= 1 AND <=20	SI	
Nivel educativo de la madre	NIV_EDU_MA	1	Texto	1= primaria 2= secundaria o bachillerato 3= técnico o superior 4= ninguno	NO	

**Bajo peso al nacer (Cod. 110)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Desplazamiento	DESP	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código	CODMUN1	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Nombre	NOMMUN1	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Código	CODDEP1	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Nombre	NOMDEP1	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País1 - Código	CODPAIS1	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Fecha de desplazamiento 1	FEC_DESP1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 1	FEC_LLLEG1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código	CODMUN2	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Nombre	NOMMUN2	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Código	CODDEP2	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Nombre	NOMDEP2	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País2 - Código	CODPAIS2	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de desplazamiento 2	FEC_DESP2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 2	FEC_LLEG2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código	CODMUN3	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Nombre	NOMMUN3	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Código	CODDEP3	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Nombre	NOMDEP3	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País 3 - Código	CODPAIS3	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Fecha de desplazamiento 3	FEC_DESP3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 3	FEC_LLEG3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código	CODMUN4	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Nombre	NOMMUN4	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Código	CODDEP4	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Nombre	NOMDEP4	60	Texto		NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País 4 - Código	CODPAIS4	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Fecha de desplazamiento 4	FEC_DESP4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 4	FEC_LLEG4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y Con quién ha estado en contacto	CONT_SS ID_CONTACT	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Caso asociado a un brote	ASOC_BROTE	2	Texto	1= Si 2= No	SI	NDICION Dependiente de Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Caso captado por	CAPTADO	2	Texto	1= UPGD 2= Búsqueda (Activa, comunitaria, etc) 3=Vigilancia intensificada	SI	
Agente identificado	AGENTE	9	Texto	17 = Vibrio spp 10 = Vibrio cholerae 80 = Vibrio cholerae O1 toxigénico 81 = Vibrio cholerae O1 no toxigénico 82 = Vibrio cholerae no O1, no O139 toxigénico 83 = Vibrio cholerae no O1, no O1, no O139 no toxigénico 84 = Vibrio cholerae O139 77 = Otro 78 = Pendiente 79 = No detectado	NDICION	Se recolectó muestra de materia fecal para coprocultivo
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clinica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Cólera (Cod. 200)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Cólera (Cod. 200)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Desplazamiento últimos cinco días - País1 - Nombre	NOMPALS1	100	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - País1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País2 - Nombre	NOMPALS2	100	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - País2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País3 - Nombre	NOMPALS3	100	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - País3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País4 - Nombre	NOMPALS4	100	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Desplazamiento últimos cinco días - País4 - Código

**Datos colectivos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código del departamento, municipio notificador	COD_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y municipio de notificación de los casos.	SI	

**Datos colectivos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Consecutivo	NUM_CON	10	Numérico	Numérico	NO	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento
Menores de 1 año	GRU_1	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 1 a 4 años	GRU_2	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 5 a 9 años	GRUPO_3	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 10 a 14 años	GRUPO_4	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 15 a 19 años	GRUPO_5	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 20 a 24 años	GRUPO_6	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Datos colectivos**

	<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
De 25 a 29 años	GRUPO_7	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 30 a 34 años	GRUPO_8	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 35 a 39 años	GRUPO_9	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 40 a 44 años	GRUPO_10	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 45 a 49 años	GRUPO_11	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 50 a 54 años	GRUPO_12	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 55 a 59 años	GRUPO_13	5 Texto	>=0			NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Datos colectivos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
De 60 a 64 años	GRUPO_14	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 65 a 69 años	GRUPO_15	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 70 a 74 años	GRUPO_16	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
De 75 a 79 años	GRUPO_17	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
80 y más	GRUPO_18	5	Texto	>=0	NO	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de &gt;0 casos presentados
Casos probables	CAS_PRO	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de los casos de las clasificaciones que aplican para el even

**Datos colectivos**

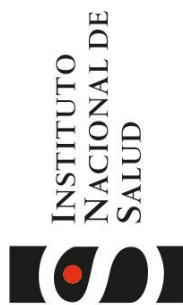
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Casos confirmados por laboratorio	CAS_CONL	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Casos confirmados por clínica	CAS_CONC	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Casos confirmador por nexo epidemiológico	CAS_CONN	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Masculino	HOMBRES	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por sexo debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.

**Datos colectivos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Femenino	MUJERES	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por sexo debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Vivos	VIVOS	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por condición final debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Muertos	MUERTOS	5	Texto	>=0	SI	La sumatoria de los casos por condición final debe ser igual a la sumatoria de casos por grupo de edad.
Hospitalizado	PTE_HOS	5	Texto	>=0	SI	Debe haber por lo menos uno de los grupos de edad con registro de >0 casos presentados
Ambulatorio	PTE_AMB	5	Texto	>=0	SI	
Barrio o sector de ocurrencia del caso	BAR_SECTOR	30	Texto	Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NO	
Ajuste	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

**Datos colectivos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste o fecha del registro.	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. Obligatorio	SI	
Casos sospechosos	CAS_SOS	5	Texto	>=0	NO	Dependiente de la clasificación permitida para el evento, teniendo en cuenta el documento codificación de eventos. La sumatoria de los casos de todos los grupos de edad debe ser igual a la sumatoria de casos de las clasificaciones que aplican para el even
Sospecha de evento	SOSPE EVEN	1	Texto	1 = Síndrome mano, pie, boca 2 = Conjuntivitis 4 = Brucelosis 5 = Hepatitis aguda de origen desconocido 6 = Otros	NDICION	Aplica solo para el evento Cod. 901, en cuyo caso es obligatoria
cuales otro evento?	CUAL OT EV	30	Texto	Texto	NDICION	Solo aplica si "Sospecha de evento" es 6=otros, en cuyo caso es obligatoria
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP NOT IF	100	Texto	Texto	SI	



#### Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación (paciente)	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	SI	

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad. PE = Permiso Especial de Permanencia CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT = Permiso por Protección	SI	
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Edad de la madre	EDAD_MADRE	3	Numérico	>=9	SI	
Número de embarazos totales	NO_EMBARAZ	2	Numérico	>=1 AND <=30	SI	
Numero de nacidos vivos	NO_NAC_VIV	2	Numérico	>=0 AND <= 20	SI	
Numero de abortos ( < 22 sem )	NO_ABORTOS	2	Numérico	>=0	SI	
Mortinatos ( ≥ 22 sem )	NO_MORTINA	2	Numérico	>=0	SI	
Diagnóstico	DIAGNOSTIC	1	Texto	1 = Prenatal 2 = Postnatal	SI	
Edad gestacional al diagnóstico	EDADGE_DIA	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NDICION	Dependiente de "Diagnóstico" en opción 1
Patología crónica	PATOL_CRON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



**Salud**



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**Defectos congénitos (Cod.215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Embarazo múltiple	EMB_MULTIP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nativo	NATIVO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No ha nacido	NDICION	Dependiente de "Condición final" en datos básicos
Edad gestacional al momento del nacimiento	EDAD_GES	2	Texto	>= 10 AND <=45	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Peso al nacer en gramos	PESO_NAC	4	Texto	>=50 AND <=6000	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos metabólicos	DEFMET_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (1)	DESCRIPC_1	150	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos sensoriales - 1	DEFSE1_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (2)	DESCRIPC_2	150	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos sensoriales - 2	DEFSE2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (3)	DESCRIPC_3	150	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Malformaciones congénitas - 1	MALFO1_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congenita (1)	DESC_MAL_1	150	Texto	Texto	NO	

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Malformaciones congénitas - 2	MALFO2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (2)	DESC_MAL_2	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 3	MALFO3_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (3)	DESC_MAL_3	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 4	MALFO4_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (4)	DESC_MAL_4	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 5	MALFO5_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	
Descripción de la malformación congénita (5)	DESC_MAL_5	150	Texto	Texto	NO	
Toma de muestra storch	STORCH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Exámenes de tamizaje T4 total suero	T4_TOTAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado T4 total suero	RES_T4_TOT	1	Texto	2 = Bajo 3 = Normal	NDICION	Dependiente de "Exámenes de tamizaje T4 total suero", en opción 1
Exámenes de tamizaje T4 libre suero	T4_LIBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado T4 libre suero	RES_T4_LIB	1	Texto	2 = Bajo 3 = Normal	NDICION	Dependiente de "Exámenes de tamizaje T4 libre, en opción 1

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Perímetrocefálico (2 enteros y 1	PER_CEFALI	4	Numérico	>=10.0 AND <= 60.0	NO	
Cuál patología crónica?	CUAL_PATO_L	60	Texto	Texto	NO	
Exámen de tamizaje TSH	TSH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado TSH	RES_TSH	1	Texto	1 = Alto 2 = Normal	NDICION	Dependiente de "Exámen de tamizaje TSH", en opción 1
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	

**Defectos congénitos (Cod. 215)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	Si Tipo de Identificación = RC, TI, CC, CE solo numérico Si Tipo de Identificación = PA alfanumérico
Desplazamiento en los últimos 15 días	DESPLAZAMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Municipio/Departamento al que se desplazó	COD_MUN_D	5	Texto	Código del Municipio/ Departamento Según registro Divipola fuente DANE.	NDICION	Dependiente de "Desplazamiento en los últimos 15 días", si es igual a 1 es obligatorio
Algún familiar o conviviente ha tenido sintomatología de dengue en los últimos 15 días	FAMANTDNGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del establecimiento donde estudia o trabaja	DIRECLABOR	30	Texto	Texto	NO	
Hallazgos semiológicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Todo caso de dengue notificado debe diligenciar esta variable en la opción 1, y por lo menos dos o más de las variables de Hallazgos semiológicos distintas a Fiebre, deben estar en la opción 1
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Dolor Retroocular	DOLRRETROO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Mialgias	MALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Erupción/Rash	ERUPCIONR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Dolor Abdominal	DOLOR_ABDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Somnolencia o irritabilidad	SOMNOLENCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hipotensión	HIPOTENSIO	5	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia (>2cms por debajo del reborde costal)	HEPATOMEGL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Hemorragias importantes en mucosas	HEM_MUCOSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hipotermia	HIPOTERMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Aumento de hematocrito	AUM_HEMATO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Caída de plaquetas	CAIDA_PLAQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Acumulación de líquidos	ACUM_LIQUI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Extravasación severa de plasma	EXTRAVASAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Hemorragia con compromiso hemodinámico	HEMORR_HEM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Choque	CHOQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Hallazgos semiológicos Daño grave de órganos	DAÑO_ORGAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se tomaron muestras de tejidos	MUESTREJID	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo en caso de mortalidad por dengue cod 580
Tejidos Hígado	MUESHIGADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Bazo	MUESBAZO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tejidos Pulmón	MUESPULMON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Cerebro	MUESCEREBR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Miocardio	MUESMIOCAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Medula ósea	MUESMEDULA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Riñón	MUESRIÑON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Clasificación Final	CLASFINAL	1	Texto	0 = No aplica 1 = Dengue sin signos de alarma 2 = Dengue con signos de alarma 3 = Dengue grave	SI	La opción 0 = No aplica, solo es admisible para el evento 580
Conducta	CONDUCTA	1	Texto	0 = No aplica 1 = Ambulatorio 2 = Hospitalización Piso 3 = Unidad de cuidados intensivos 4 = Observación 5 = Remisión para hospitalización	SI	La opción 0 = No aplica, solo es admisible para el evento 580

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	

**Dengue - Dengue grave - Mortalidad por dengue (Cod. 210-220-580)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Código del país de desplazamiento	COD_PAIS_D	10	Texto		No	
Código del departamento de desplazamiento	COD_DEP_D	5	Texto		NDICION	

**Difteria (Cod. 230)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Difteria (Cod. 230)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Contacto de un caso confirmado	CON_CC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tiene carné de vacunación	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Dosis aplicadas de vacuna antidiáfrérica	DOS_APLI	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer Refuerzo 5 = Segundo Refuerzo	NDICION	Condicionada a las variables edad y unidad de medida registradas en datos básicos así: "Segundo refuerzo: Solo a >= 5 años" "Primer refuerzo: Solo a >= 18 meses" "Tres dosis: Solo a >= 6 meses" "Dos dosis: Solo a >= 4 meses" "Una dosis: Solo a >= 2 meses

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de vacuna	TIP_VAC	1	Texto	1 = DPT 2 = Pentavalente 3 = Otra 4 = TD	NDICION	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiáférica" en opción diferente de 0
Otra cual?	CUAL_TIP_V	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Tipo de vacuna" en opción 3
Fecha ultima dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiáférica" en opción diferente de 0
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Amigdalitis	AMIGDALITI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Faringitis	FARINGITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Laringitis	LARINGITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Presencia de membranas	PRE_MEM	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tipo de complicación	TIP_COM	1	Texto	1 = Neurológica 2 = Renal 3 = Cardiaca 4 = Traqueotomía 5 = Otro	NDICION	Opcional dependiente de "Complicaciones" en la opción 1

**Difteria (Cod. 230)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	



Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Enfermedad de chagas (Cod. 205)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Enfermedad de chagas (Cod. 205)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Clasificación de caso	CLAS_CASO	1	Texto	1=Agudo 2= Crónico	SI	
Síntomas presentados por pte Agudo.	FIEBRE_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo.	DISNEA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo.	EDE_FAC_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no

**Enfermedad de chagas (Cod. 205)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Síntomas presentados por pte Agudo. Edema miembros inferiores	ED_ML_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Derrame pericardico	DER_PERI	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Hepatosplenomegalia	HEP_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Adenopatías	ADENO_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Romaña	ROMAÑA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Chagoma	CHAGOMA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Falla cardiaca	F_CARD_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Dolor torácico	TORAC_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Bradicardia	BRADI_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Distfagia	DISFAG_CR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Síntomas presentados por pte crónico o agudo. Arritmia cardíaca	ARRITMIA	1	Texto	1= Si 2= No	SI	

**Enfermedad de chagas (Cod. 205)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Gota gruesa/ Frotis de sangre periférica	GOTA_GRUE	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NDICION	No es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 (agudo)
Micro hematocrito / Examen fresco	MICRO_HEM	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NDICION	No es requerida cuando clasificación de caso" es 2 (agudo)
Strout	STROUT	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NDICION	No es requerida cuando clasificación de caso" es 2 (agudo)
Pruebas serológicas ELISA Ag totales (convencional) Chagas	ELISA	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
Pruebas serológicas IFI IgG T. cruzi Chagas	INMUNOFLUO	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
Possible vía de transmisión	PROB_VIA	1	Texto	1 = Vectorial 2 = Transfusional 3 = Congénita 4 = Vía Oral 5 = Trasplante 6 = Accidente de laboratorio	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Enfermedad de chagas (Cod. 205)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
InmunoBlot	INMONOBLOT	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NDICION	Es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 = Crónico
Reactivación	REACTIVACI	1	Texto	1= Sí 2= No	NDICION	Es requerida cuando "clasificación de caso" es 1 = Agudo
Pruebas serológicas ELISA/ELA Ag recombinantes/peptidos sintéticos (no convencional) Chagas	ELISA_NOCO	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	
Micrométodo	MICROMETOD	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NDICION	Es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 (agudo)
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	



### Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vacuna contra rotavirus	VAC_CON_RO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fecha de aplicación dosis 1	FEC_DOSIS1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 5.1 en opción 1 es obligatoria
Fecha de aplicación dosis 2	FEC_DOSIS2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de 4.1 en opción 1
Tiene carné	TIENE_CARN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Peso al nacer	PESO_NAC	5	Texto	>= 500 AND <=6000	SI	
Recibió leche materna	REC_LECHE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Cuanto tiempo	CUAN_REC_L	2	Texto	Numérico en meses	NDICION	Opcional dependiente de 5.6, en opción 1
Alimentación actual	ALIM_ACTUA	1	Texto	1 = Materna exclusivamente 2 = Artificial 3 = Mixta 4 = Alimentación variada	SI	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber presentado vómito, numero de episodios en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro	NO_EPISODI	3	Texto	Numérico	NDICION	Opción dependiente de 6.2, en opción 1
Fecha de inicio de diarrea	FEC_INI_DI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	El valor de la variable debe ser igual o superior a la fecha de inicio de síntomas
Numero de deposiciones en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro	NO_DEPOS	3	Texto	Numérico	SI	
Terminación de la diarrea	FEC_TER_DI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	El valor de la variable debe ser igual o superior a la variable 6.4 fecha de inicio de diarrea.
Características de las heces	CARAC_HECE	1	Texto	1 = Liquida 2 = Semiliquidas 3 = Sanguiolentas 4 = Otra	SI	
Cual otra características de las heces	CUAL_CAR_H	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de la opción 6.7 en opción 4

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

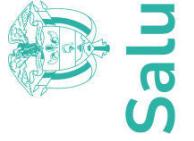
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado al ingreso	ESTADO_ING	1	Texto	1 = Sin deshidratación 2 = Con deshidratación	SI	
Grado de deshidratación	GRAD_DESHI	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Desconocido	NDICION	Dependiente de la variable 6.8 en opción 2
Peso en gramos	PESO_INGR	5	Texto	>=1000 AND <=50000	SI	
Talla	TALLA_INGR	3	Texto	>=45 AND <=150	SI	
Recibió antibiótico antes de ingresar al hospital	REC_ANTIBI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber recibido antibiótico antes del ingreso ¿cuál?	CUAL_ANTIB	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 7.1 en opción 1
Tratamiento de hidratación al ingreso hospitalario	TRAT_HIDRA	1	Texto	1 = Hidratación vía oral 2 = Hidratación intravenosa	SI	
Presentó alguna complicación durante la hospitalización	COMP_HOSP	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber presentado complicación ¿cuál?	CUAL_COMP	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 8.1, en opción 1
Recibió antibiótico durante la hospitalización	REC_ANT_HO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber recibido antibiótico durante la hospitalización, ¿cuál?	CUAL_ANT_H	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 8.3 en opción 1
Duración de hospitalización para el tratamiento de la diarrea	DIAS_HOSP	2	Texto	Número en días	SI	

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio Urgencias	DIAS_H_URG	2	Texto	Numero en días	Si	
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio Pediatría	DIAS_H_PED	2	Texto	Numero en días	Si	
Hospitalización durante el tratamiento de la diarrea por servicio UCI	DIAS_H_UCI	2	Texto	Numero en días	Si	
Fecha de egreso	FEC_EGRESO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	Valor superior a la fecha de consulta y fecha de inicio de síntomas
Motivo de egreso	MOTIVO_EGR	1	Texto	1 = Mejoría 2 = Salida voluntaria 3 = Muerte	Si	
Se dio salida con cuadro de diarrea	SAL_CON_DI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	Si	
Diagnóstico de egreso	DIAG_EGR	4	Texto	Códigos CIE X	Si	
Fecha de recolección	FEC_RECOLE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	No	No debe ser inferior a la fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta
Fecha de recepción (LSP)	FEC_RECEP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	No	No debe ser inferior a la fecha de recolección variable 9.1
Fecha de resultado	FEC_RESULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	No	No debe ser inferior a la fecha de recepción variable 9.2

**Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Identificación de rotavirus	IDENT_ROTA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Serotipo G	SEROTIPO_G	6	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 9.4 en opción 1 Debe tener un serotipo por lo menos cuando identificó rotavirus, pero puede registrar los dos simultáneamente
Identificación de bacterias	IDENT_BACT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de 8.4
Cuales	CUAL_BACT	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 9.5 en opción 1
Identificación de parásitos	IDENT_PARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Cuales	CUAL_PARA	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 9.6, en opción 1
Asiste el niño a guardería	GUARDERIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cual	CUAL_GUAR	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 10.1 en opción 1
Hay más personas con diarrea en la familia	MAS_PERSON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Serotipo P	SEROTIPO_P	6	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 9.4 en opción 1
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	



### Enfermedad diarréica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Vacuna de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	VAC_SP	1 Texto		1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	DOS_SP	1 Texto		Numérico	NDICION	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Sí
Fecha última dosis Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	FUD_SP	10 Fecha		AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Sí

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna estacional de influenza	VAC_EI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	Si	
Dosis vacuna estacional de influenza	DOS_EI	1	Texto	Numérico		NDICION Dependiente de "Vacuna estacional de influenza" en opción 1=Si
Antecedentes clínicos, Asma	ASMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos, VIH/otras inmunodeficiencias	VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, Enfermedad Cardiaca	ENF_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, Malnutrición	MALNUTRI	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, insuficiencia renal	INS_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, toma de medicamentos inmunosupresores	OTR_MEDINM	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, fumador	FUMADOR	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Antecedentes clínicos, otros	OTROS_DC	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
cuales otros antecedentes clínicos	CUAL_OT_DC	30	Texto	Texto		NDICION Depende de otros antecedentes en la opción 1=si
Datos clínicos TOS	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Datos clínicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Dolor de garganta	DOL_GAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Conjuntivitis	CONJUNTIVI	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Dificultad Respiratoria	DIF_RES	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Datos clínicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Se tomo una radiografía de tórax	RX_TORAX	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	Si	
Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?	HALLAZ_RAD	1	Texto	1 = Infiltrado alveolar o neumonía, 2 = Infiltrados intersticiales, 3 = Ninguno	NDICION	Dependiente de "Se tomo una radiografía de tórax" en opción 1 o 2
Usó antibióticos la última semana	USO_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Usó antivirales la última semana	USO_ANTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Fecha de inicio de antivirales	FEC_ANTIV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de usó antivirales la última semana en 1=Si
Servicio en el que se hospitalizó	SERV_HOSP	1	Texto	1= hospitalización general 3= unidad de cuidados intensivos	NDICION	Dependiente de "Hospitalizado" en datos básicos en opción 1=Sí
Complicaciones, Derrame pleural	DER_PLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Complicaciones, Derrame pericárdico	DER_PER	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Complicaciones, Miocarditis	MIOCARDITI	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones, Septicemia	SEPTICEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Falla respiratoria	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, otro	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
cual otra complicación	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de "Complicaciones, otro" en opción 1=Si
Diagnóstico inicial	DX_INI	4	Texto	Código CIE X : Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades del Diagnóstico de impresión, solo códigos J00 a J22 de la CIEX	SI	(J00 a J22)
Diagnóstico de egreso	DX_EGR	4	Texto	Código CIE X : Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades del Diagnóstico de impresión, solo códigos J de la CIEX	NO	(J00 a J22) Si marco en la ficha básica paciente hospitalizado no puede estar reportando un caso de ESI
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmador por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha ingreso a la UCI	FEC_INGUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	Dependiente de "Servicio en el que se hospitalizó" en opción 3
Fecha ultima dosis Estacional de influenza	FUD_EI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Sí
Vacuna de Covid-19	VAC_COVID	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis de Covid-19	DOS_COVID	1	Texto	>=1 AND <=2	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Sí

**Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI Inusitado (cod. 345)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha ultima dosis Covid-19	FUD_COVID	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Si
Nombre de la vacuna de Covid aplicada	NOMVAC_COV	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Si
Datos clínicos Hipertensión	HIPERTENSI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vacuna estacional de influenza	VAC_EI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Dosis vacuna estacional de influenza	DOS_EI	1	Texto	Numérico	NDICION	Dependiente de "Vacuna estacional de influenza" en opción 1=Sí
Caso asociado a un brote o conglomerado	ASOC_BROTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
						Aplica solo para el evento Cod. 348

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas o Viajó a áreas de circulación por nuevo coronavirus?	VIAJÓ	1 Texto	1 = Si 2 = No		NO	
Si es procedencia nacional ¿ Donde? (especifique departamento y municipio)	MUNICIPIO	5 Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.		NDICION	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí
Si es procedencia internacional ¿ Donde?	INTERNAL	42 Texto	Escribir de donde		NDICION	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí
Si es procedencia internacional ¿ Donde? (especifique País)	CODPAIS_PR	3 Texto	Código de país según tabla de referencia		NDICION	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí
Tuvo contacto con aves o cerdos enfermos o muertos durante los 14 días previos al inicio de los síntomas	CON_CON	1 Texto	1 = Si 2 = No		NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ?	CON_EST	1 Texto	1 = Si 2 = No		NO	
Antecedentes clínicos, Asma	ASMA	1 Texto	1 = Si 2 = No		SI	
Antecedentes clínicos, EPOC	EPOC	1 Texto	1 = Si 2 = No		SI	
Antecedentes clínicos, Diabetes	DIABETES	1 Texto	1 = Si 2 = No		SI	

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Datos clínicos, VIH/otras inmunodeficiencias	VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Enfermedad Cardiaca	ENF_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Desnutrición	MALNUTRI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, insuficiencia renal	INS_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, toma de medicamentos inmunosupresores	OTR_MEDINM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, fumador	FUMADOR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedentes clínicos, otros	OTROS_DC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
cuales otros antecedentes clínicos	CUAL_OT_DC	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de otros antecedentes en la opción 1=si
Síntomas Tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Rinorea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si este evento maneja datos complementarios
Datos clínicos Conjuntivitis	CONJUNTIVI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si este evento maneja datos complementarios

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Datos clínicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Datos clínicos Dificultad Respiratoria	DIF_RES	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Datos clínicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?	HALLAZ_RAD	1	Texto	1 = Infiltardo alveolar o neumonía, 2 = Infiltrados intersticiales, 3 = Ninguno 4 = infiltrados basales en vidrio esmerillado	NO	
Usó antibióticos la última semana	USO_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Usó antivirales la última semana	USO_ANTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Fecha de inicio de antivirales	FEC_ANTIV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de usó antivirales la última semana en 1=si
Servicio en el que se hospitalizó	SERV_HOSP	1	Texto	1= hospitalización general 2= unidad de cuidados intermedios 3= unidad de cuidados intensivos	NDICION	Dependiente de "Hospitalizado" en datos básicos en opción 1=Sí
Complicaciones, Derrame pleural	DER_PLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Derrame pericárdico	DER_PER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Miocarditis	MIOCARDITI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones, Septicemia	SEPTICEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, Falla respiratoria	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones, otro	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Es trabajador del área de la salud? o Es trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con un caso probable o confirmado por nuevo coronavirus?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Presenta deterioro clínico sin etiología determinada, con evolución rápida (con necesidad de vaso presores y/o ventilación mecánica) en menos de 72 horas	DETER_CLIN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	NDICION Dependiente de "Servicio en el que se hospitalizó" en opción 3
Fecha ingreso a la UCI	FEC_INGUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION Dependiente de "Servicio en el que se hospitalizó" en opción 3	
Trombocitopenia	TROMBOCITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Plaquetas	PLAQUETAS	6	Numérico	>=0 AND <=800000	NDICION Aplica solo para el evento Cod. 348.	Dependiente de "Trombocitopenia" en opción 1=Sí.
Complicaciones, Tuberculosis	TUBERCULOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sintomas Odinofagia	ODINOFAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Sintomas Adinamia	ADINAMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Sintomas Hipertensión	HIPERTENSI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Sintomas Pérdida del gusto o del olfato	PERD_GUSTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Sintomas, otro	OTROS_SINT	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 346 si éste evento maneja datos complementarios
Cuáles otros síntomas	CUAL_OT_SI	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de otros síntomas en la opción 1=Sí
Vacuna de Covid-19	VAC_COVID	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis de Covid-19	DOS_COVID	1	Texto	>=1 AND <=9	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Sí
Fecha ultima dosis Covid-19	FUD_COVID	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Sí
Nombre de la vacuna de Covid aplicada	NOMVAC_COV	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna de Covid-19" en opción 1=Sí

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Primer nombre del contacto estrecho	PRI_NOMCON	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Segundo nombre del contacto estrecho	SEG_NOMCON	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Primer apellido del contacto estrecho	PRI_APECON	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Segundo apellido del contacto estrecho	SEG_APECON	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí

**Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO	LONG	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación del contacto estrecho	TIP_IDECON	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero)	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Número de Identificación del contacto estrecho	NUM_IDECON	20 Texto		Número del documento señalado	NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Telefono del contacto estrecho	TEL_CONT_AC	20 Texto			NDICION	Dependiente de Tuvo contacto estrecho con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG durante los 14 días previos al inicio de los síntomas ? en opción 1=Sí
Caso probable o confirmado de IRAG por virus nuevo	CAS_VIRNUE	1 Texto		1 = Si 2 = No	NDICION	Aplica solo para el evento Cod. 348 en cuyo caso es obligatoria

### Infección Respiratoria Aguda Grave, IRAG Inusitado (Cod. 348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes clínicos, HTA	HTA	1	Texto	1 = Si 2 = No		NDICION Aplica solo para el evento Cod. 348 en cuyo caso es obligatoria
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Si es procedencia internacional ¿ Donde? (especifique Departamento)	NAL_DEP	2	Texto	Código de departamento según tabla de referencia	NDICION Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí	
Sintomático	SINTOMATICO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	Si tiene uno o más de un síntoma, sintomático 1, sino es 2.

**Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a SARS-CoV2 (cod. 739)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a SARS-CoV2 (cod. 739)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	
RT-PCR SAR-CoV2 positiva en las últimas 4 semanas	RT_PCR_POS	2 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Ac IgM/IgG positiva en las últimas 4 semanas	ACIGMIGG_P	2 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Nexo epidemiológico con caso positivo COVID-19 en las últimas 4 semanas	NEXO_POS_C	2 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Dolor Abdominal	DOLOR_ABDO	2 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Fiebre	FIEBRE	1 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	

**Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a SARS-CoV2 (cod. 739)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Inicio de Fiebre	FINL_FIE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Si no hay fiebre no es caso de sarampión o rubéola.	NDICION	Dependiente de Fiebre en opción 1=Sí
Síntomas Iniciales - Diarrea	DIARREA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Nauseas / Vómito	VOMITO	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Hipotensión	HIPOTENSIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Otro	OTRO_SINTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Síntomas Iniciales - Cuál otro?	CUAL_OTRO	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Otro" en opción 1=Sí
Fibrinógeno	FIBRINOGEN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Valor Fibrinógeno mg/dl	VAL_FIBRIN	4	Numérico	>=0 AND <=1000	NDICION	Dependiente de "Fibrinógeno" en opción 1=Sí
Proteína C Reactiva	PCR	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Valor Proteína C Reactiva mg/dl	VAL_PCR	4	Numérico	>=0 AND <=1000	NDICION	Dependiente de "Proteína C Reactiva" en opción 1=Sí
Ferritina	FERRITINA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Valor Ferritina µg/L	VAL_FERRIT	4	Numérico	>=0 AND <=5000	NDICION	Dependiente de "Ferritina" en opción 1=Sí
Dímero-D	DIMERO_D	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Valor Dímero-D ng/ml	VAL_DIMERO	5	Numérico	>=0 AND <=20000	NDICION	Dependiente de "Dímero-D" en opción 1=Sí
Linfopenia	LINFOOPENIA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a SARS-CoV2 (cod. 739)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Valor Linfopenia	VAL_LINFOPI	4	Numérico	>=0 AND <=4999	NDICION	Dependiente de "Linfopenia" en opción 1=Sí
Troponina	TROPONINA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Valor Troponina	VAL_TROPON	4	Numérico	>=0 AND <=1000	NDICION	Dependiente de "Troponina" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	

**Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños asociado a SARS-CoV2 (cod. 739)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód.350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Código Departamento Municipio notificador	COD_MUN	5	Texto	Código del Municipio/ Departamento Según registro Divipola fuente DANE.	SI	
Número consecutivo del brote	NUM_CON	3	Texto	Numérico	SI	
Tasa de ataque. Expuestos	EXPUESTOS	5	Numérico	Numérico	SI	
Tasa de ataque. Enfermos	ENFERMOS	5	Numérico	Numérico	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de investigación	FEC_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Alimentos implicados	ALI_IMP	40	Texto		SI	
Distribución de signos y síntomas Ninguno	DSS_NINGUN	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Náuseas	NAUSEAS	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Vómito	VÓMITO	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Diarrea	DIARREA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Fiebre	FIEBRE	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Dolor abdominal	DOLOR_ABDO	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Cefalea	CEFALEA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Deshidratación	DESHIDRATA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Cianosis	CIANOSIS	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Mialgias	MIALGIAS	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Artralgias	ARTRALGIAS	6	Numérico	Número de casos	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

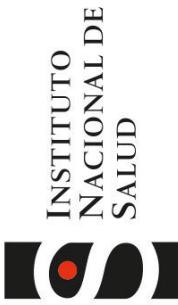
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Distribución de signos y síntomas Mareo	MAREO	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Estreñimiento	ESTREÑIMIE	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Escalofrío	ESCALOFRÍO	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Parestesias	PARESTESIA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Ictericia	ICTERICIA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Acolia	ACOLIA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Coluria	COLURIA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Lesiones Maculopopulares	LESIONESMA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Anorexia	ANOREXIA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Malestar general	MALESTAR	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Bradicardia relativa[M2]	BRADICARDI	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Sialorrea	SIALORREA	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Miosis	MOISIS	6	Numérico	Número de casos	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Distribución de signos y síntomas Otros	OTROS	6	Numérico	Número de casos	SI	
Cuál otro síntoma	CUAL_OTR_S	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de "Distribución de signos y síntomas Otros" en opción 1=si
Período de incubación más corto	PER_IN_COR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Días), Formato separado por dos puntos(:)	SI	
Período de incubación más largo	PER_IN_LAR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Días), Formato separado por dos puntos(:)	SI	
Muestra biológica 1	MUE_BIO	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = Sangre 6 = Vómito 7 = Lavado gástrico 8 = Líquidocefalorraquídeo	SI	
Agentes identificados muestra Biológica 1 (1)	AGE_BIO1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (2)	AGE_BIO2	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (3)	AGE_BIO3	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (4)	AGE_BIO4	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Muestra alimentos / agua	MUE_ALI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra alimentos (1)	AGE_AL 1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (2)	AGE_AL 2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (3)	AGE_AL 3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (4)	AGE_AL 4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (1)	AGE_ID_AG1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (2)	AGE_ID_AG2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (3)	AGE_ID_AG3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra agua (4)	AGE_ID_AG4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Muestra superficies	MUE_SUP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agentes identificados muestras superficies (1)	AGE_SUP1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestras superficies (2)	AGE_SUP2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestras superficies (3)	AGE_SUP3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestras superficies (4)	AGE_SUP4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód.350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estudio de manipuladores 1	EST_MAN	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = sangre 6 = Frotis garganta 7 = Frotis manos	SI	
Agentes identificados muestra manipuladores (1)	AGE_MAN1	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (2)	AGE_MAN2	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (3)	AGE_MAN3	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (4)	AGE_MAN4	2	Texto	Según tabla de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Nombre del lugar de consumo/contagio implicado	LUG_CON_IM	150	Texto	Nombre del lugar de consumo	SI	
Lugar de consumo	LUG_CON	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Restaurante comercial 5 = Casino particular 6 = Establecimiento penitenciario 7 = Club social 8 = Seminario 9 = Otro	SI	
Dirección	DIR_LUG	150	Texto		SI	
Factores de riesgo fallas en cadena de frío	CAD_FRIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Factores de riesgo Inadecuada conservación	CONSERVACI	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Inadecuado almacenamiento	ALMACENADO	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Fallas de cocción	COACION	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Mala higiene	HIG_PER	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Contaminación cruzada	CON_CRU	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Fallas en la limpieza	LIM_UTE	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Malas condiciones ambientales	AMBIENTAL	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Fuente no confiable	FTE_ALI	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Utensilios tóxicos	UTE_TOX	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Adición de tóxicos	ADI_TOX	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Agua no potable	AGUA_NO	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Tóxicos en tejidos	TOX_TEJ	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Ingredientes excesivos	ING_EXE	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Manipulador infectado	MAN_INF	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	
Factores de riesgo Mala acidificación	ACIDIFICAC	1 Texto	1 = Si 2 = No		Si	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Factores de riesgo Mal descongelamiento y cocción	DESCONG_ELA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Enfriamiento lento	ENFRIADO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Disposición inadecuada de excretas	FAC_DET_EX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Abastecimiento	FAC_DET_AB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias Ninguna	NINGUNA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias clausura	CLAUSURA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias suspensión	SUSPENSION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias congelación	CONGELACIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias decomiso	DECOMISO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias aislamiento	AIISLAMIENTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias vacunación	VACUNACION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias control de insectos o fauna nociva	CTRL_INS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas preventivas	MEDIDA_PRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas preventivas Cuales	CUAL_MED_P	50	Texto		NO	
Clasificación eta	CLA_ETA	1	Texto	1 = Infección Alimentaria 2 = Intoxicación Alimentaria	SI	
Número de muestras correspondientes a muestra biológica 1	NUM_MU_BI1	2	Numérico	>=1	NDICION	Depende de "muestra biológica 1" en opción diferente de 2

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód.350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muestra biológica 2	MUE_BIO2	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = Sangre 6 = Vómito 7 = Lavado gástrico 8 = Líquido cefalorraquídeo	SI	
Número de muestras correspondientes a muestra biológica 2	NUM_MU_BI2	2	Numérico	>=1	NDICION	Depende de "muestra biológica 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (1)	AGE_BIO2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (2)	AGE_BIO2_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (3)	AGE_BIO2_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 2 (4)	AGE_BIO2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de muestra biológica 2 en opción diferente de 2
Nombre muestra 1 alimentos	NOM_MU_AL1	20	Texto		NO	
Nombre muestra 2 alimentos	NOM_MU_AL2	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 2 (1)	AGE_ALM2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (2)	AGE_ALM2_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (3)	AGE_ALM2_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Agentes identificados muestra alimentos 2 (4)	AGE_ALM2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 3 alimentos	NOM_MU_AL3	20	Texto	Según tabla de Agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos 3 (1)	AGE_ALM3_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 3 (2)	AGE_ALM3_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 3 (3)	AGE_ALM3_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 3 (4)	AGE_ALM3_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 4 alimentos	NOM_MU_AL4	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 4 (1)	AGE_ALM4_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (2)	AGE_ALM4_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (3)	AGE_ALM4_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 4 (4)	AGE_ALM4_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 1 superficies inertes	NOM_MU_SU1	10	Texto		NO	
Nombre muestra 2 superficies inertes	NOM_MU_SU2	10	Texto		NO	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (1)	AGE_SUP2_1	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (2)	AGE_SUP2_2	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (3)	AGE_SUP2_3	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (4)	AGE_SUP2_4	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 2 superficies inertes" si es no vacía	
Nombre muestra 3 superficies inertes	NOM_MU_SU3	10 Texto		NO		
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (1)	AGE_SUP3_1	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (2)	AGE_SUP3_2	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (3)	AGE_SUP3_3	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 3 (4)	AGE_SUP3_4	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 3 superficies inertes" si es no vacía	
Nombre muestra 4 superficies inertes	NOM_MU_SU4	10 Texto		NO		
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (1)	AGE_SUP4_1	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía	
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (2)	AGE_SUP4_2	2 Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (3)	AGE_SUP4_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (4)	AGE_SUP4_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NDICION	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Número de muestras correspondientes a estudio manipuladores 1	NUM_MU_EM1	2	Numérico	>=1	NDICION	Depende de "estudio manipuladores 1" en opción diferente de 2
Estudio de manipuladores 2	EST_MAN_2	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = sangre 6 = Frotis garganta 7 = Frotis manos	SI	
Número de muestras correspondientes a estudio manipuladores 2	NUM_MU_EM2	2	Numérico	>=1	NDICION	Depende de "estudio manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (1)	AGE_MAN2_1	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (2)	AGE_MAN2_2	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (3)	AGE_MAN2_3	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores 2 (4)	AGE_MAN2_4	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Colectiva), Hepatitis A, Fiebre Tifoide (Cód. 350, 330, 320)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1 Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10 Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Signos y Síntomas Nauseas	NAUSEAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Calambres Abdominales	CALAMBRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Deshidratación	DESHIDRAT A	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y Síntomas Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Artralgias	ARTRALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Mareo	MAREO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Lesiones Maculopapulares	LMACULOPAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Escalofrío	ESCALOFRIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Miosis	MOIOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Otros	OTROS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cuál otro signo y síntoma	CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de 4.1.19 en opción 1
Hora de inicio de síntomas Hora Minuto	HORA_INI	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	Formato militar
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (1)	AL_IN_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora Y minutos (1)	AL_IN_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (1)	ALI_IN_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (2)	ALI_IN_NA2	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora y minutos (2)	ALI_IN_HM2	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (2)	ALI_IN_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas nombre del alimento (3)	ALI_IN_NA3	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora y minutos (3)	ALI_IN_HM3	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas lugar del consumo (3)	ALI_IN_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (1)	AL_ANT_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (1)	AL_ANT_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (1)	AI_ANT_LC1	30 Texto	Lugar donde consumió el alimento	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (2)	AI_ANT_NA2	30 Texto	Nombre del alimento ingerido	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (2)	AI_ANT_HM2	5 Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (2)	AI_ANT_LC2	30 Texto	Lugar donde consumió el alimento	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (3)	AI_ANT_NA3	30 Texto	Nombre del alimento ingerido	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (3)	AI_ANT_HM3	5 Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (3)	AI_ANT_LC3	30 Texto	Lugar donde consumió el alimento	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (1)	AI_AN2_NA1	30 Texto	Nombre del alimento ingerido	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (1)	AI_AN2_HM1	5 Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (Individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (1)	AI_AN2_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (2)	AI_AN2_NA2	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (2)	AI_AN2_HM2	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (2)	AI_AN2_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (3)	AI_AN2_NA3	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes hora y minutos (3)	AI_AN2_HM3	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	
Alimentos ingeridos dos días antes lugar del consumo (3)	AI_AN2_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Nombre del lugar del consumo	NOM_LUG	30	Texto	Texto	SI	
Dirección	DIR_LUG	30	Texto	Texto	SI	
Caso asociado a un brote	ASO_BRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso captado por	CAPTADO	1	Texto	1 = UPGD 2 = Búsqueda	SI	
Relación con la exposición	RELACION	1	Texto	1 = Comensal 2 = Manipulador	SI	
Se tomo muestra biológica	MTRA_BIOLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de muestra. Heces	MTRA_HECES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Tipo de muestra. Vómito	MTRA_VOMIT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Tipo de muestra. Sangre	MTRA_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Tipo de muestra. Otra	MTRA_OTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Otra Cual	CUAL_TIP_M	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de 8.2.4, en opción 1
Agente identificado (1)	AGENTE1	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Agente identificado (2)	AGENTE2	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Agente identificado (3)	AGENTE3	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Agente identificado (4)	AGENTE4	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NDICION	Dependiente de "Caso asociado a un brote" en opción 1
Cuál otro agente identificado	CUAL_OT_AG	30	Texto		NDICION	Dependiente de "Agente identificado (1) a (4)" si en alguna de ellos se ha seleccionado el agente Otro (Cod. 77)

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	

**Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs (individual)(Cod. 355)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna 1	VACUNA	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antípolio oral 4 = HB 5 = Hib 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = TD/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15 = Antrotavírica 17 = Hepatitis A 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antípolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 24 = COVID-19 16 = Otra	Si	
Dosis 1	DOSIS	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	Si	
Vía 1	VIA	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	Si	Si la variable vía es igual a 1=oral, debe asignarse el valor 9=oral a esta variable
Sitio 1	SITIO	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	Si	

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación 1	FEC_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 1	FABRICANT 1	30	Texto	Texto	SI	
Lote 1	LOTE1	30	Texto	Texto	SI	
Vacuna 2	VACUNA2	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = Hib 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15 = Antirotavirica 17 = Hepatitis A 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = Anti Typhi 24 = COVID-19 16= Otra	NO	
Dosis 2	DOSIS2	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NDICION	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 2	VIA2	2	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NDICION	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio 2	SITIO2	2	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NDICION	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Fecha de vacunación 2	FEC_VAC2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta.
Fabricante 2	FABRICANT 2	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de haber administrado la vacuna 2
Lote 2	LOTE2	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vacuna 3	VACUNA3	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antípolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15 = Antrotavírica 17 = Hepatitis A 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antípolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 24 = COVID-19 16 = Otra	NO	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Dosis 3	DOSIS3	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vía 3	VIA3	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 3	SITIO3	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria	NDICION Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación 3	FEC_VAC3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 3	FABRICANT3	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 3	LOTTE3	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Vacuna 4	VACUNA4	2	Texto	1 = BCG 2 = DPT 3 = Antipolio oral 4 = HB 5 = HIB 6 = Pentavalente 7 = Triple viral 8 = FA 9 = SR 10 = Td/TD 11 = Influenza 12 = Tdap 13 = Antineumococo 14 = Antivaricela 15 = Antitrotavírica 17 = Hepatitis A 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 24 = COVID-19 16 = Otra	NO	
Dosis 4	DOSIS4	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NDICION	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vía 4	VIA4	1	Texto	1 = Oral 2 = Intradérmica 3 = Subcutánea 4 = Intramuscular	NDICION	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Sitio 4	SITIO4	1	Texto	1 = Hombro derecho 2 = Hombro izquierdo 3 = Brazo derecho 4 = Brazo izquierdo 5 = Glúteo derecho 6 = Glúteo izquierdo 7 = Muslo derecho 8 = Muslo izquierdo 9 = Oral	NDICION	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Fecha de vacunación 4	FEC_VAC4	10	Fecha	AAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La fecha de la administración de la vacuna no puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas o a la fecha de consulta
Fabricante 4	FABRICANT4	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 4	LOTE4	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Hallazgos Adenitis post BCG	BCEGEITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Activar la variable solo cuando alguna de las vacunas 1 a 8 sea igual a 1 (BCG)
Hallazgos Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos - Linfadenitis	LINFADENITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Fiebre mayor 38.5 °C	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Convulsión Febril	CON_FEB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Convulsión sin Fiebre	CON_SINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Episodio hipotónico	HIPOTONÍA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Parestesia	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Parálisis	PARÁLISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Encefalopatía	ENCEFALOPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Meningitis	MENINGITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Urticaria	URTICARIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Eccema	ECZEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos - Choque Anafiláctico	CHO_ANA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Síndrome de Guillan Barre	GUI_BAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Llanto persistente mayor a 3 horas	LLA_PER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos semiológicos Otro	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Cuál otro?	OTRO_CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Otro" en opción 1=Si, en cuyo caso es obligatoria.
Tiempo transcurrido entre la aplicación y los síntomas Tiempo	TIE_TRA	3	Texto	Numérico	SI	
Unidad de medida del tiempo	UN_TIE	1	Texto	2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 = Minutos	SI	Cuando se seleccionen las opciones 1 ó 2 generar mensaje de alerta: verifique la unidad de medida del tiempo transcurrido entre la aplicación de la vacuna y los síntomas
Tiene antecedentes patológicos	ANT_PAT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuales	CUA_ANT_PA	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de variable "Tiene antecedentes patológicos" en la opción 1
Tiene antecedentes alérgicos	ANT_ALE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_AL	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de variable "Tiene antecedentes alérgicos" en la opción 1
¿ Tiene antecedentes previos de reacción a vacunas?	AASV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_EA	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de variable "¿ Tiene antecedentes previos de reacción a vacunas?" en la opción 1
Estado del paciente	EST_FIN	1	Texto	2 = Recuperación sin secuelas 3 = Recuperación con secuelas	NDICION	Depende de "Condición final" de datos básicos en opción 1
Clasificación final del caso	CLA_FINAL	1	Texto	2 = Caso atribuido al programa de inmunización 3 = Caso coincidente 4 = Caso no concluyente 5 = Pendiente 6 = Caso atribuido a los componentes de la vacuna 7 = Caso relacionado con un defecto de calidad de la vacuna 8 = Caso relacionado con la ansiedad asociada a la vacuna	SI	Si se selecciona la opción 4 el tipo de caso debe ser 1. Si se selecciona la opción 3 el ajuste debe ser 6 (caso descartado)

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez, 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Hallazgos - Fatiga	FATIGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Dolor de cabeza	DOLOR_CABE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
						Solo aplica si la vacuna es COVID-19
						Solo aplica si la vacuna es COVID-19

**Evento adverso seguido a vacunación (298)**

NOMBRE RELÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos - Mialgia	MIALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1  Solo aplica si la vacuna es COVID-19
Hallazgos - Artralgia	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1  Solo aplica si la vacuna es COVID-19
Hallazgos - Nauseas	NAUSEAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1  Solo aplica si la vacuna es COVID-19
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Exposición a Fluor (Cod. 228)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Exposición a Fluor (Cod. 228)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Índice de Dean diente 16	DEAN_16	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 15	DEAN_15	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 13	DEAN_13	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0

**Exposición a Fluor (Cod. 228)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Índice de Dean diente 12	DEAN_12	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 11	DEAN_11	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 21	DEAN_21	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 22	DEAN_22	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 23	DEAN_23	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 25	DEAN_25	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 26	DEAN_26	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0

**Exposición a Flúor (Cod. 228)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Índice de Dean diente 36	DEAN_36	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Índice de Dean diente 46	DEAN_46	1	Texto	0 = Normal 1 = Dudoso 2 = Muy leve 3 = Leve 4 = Moderado 5 = Severo 9 = No aplica	SI	Por lo menos una de las variables índice de Dean por diente, debe ser mayor diferente de 0
Clasificación clínica de las lesiones	CLASLES	1	Texto	0 = Normal 1= Dudoso 2= Muy leve 3= Leve 4= Moderada 5= Severa	SI	
Fuente de consumo de agua	CONS_AGUA	1	Texto	1= Acueducto 2= Pozo subterráneo / Aljibe 3= Quebrada 4= Agua embotellada 5= Otro	SI	
Ingesta de crema dental con flúor	ING_CREM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Aplicaciones tópicas de barniz de flúor en el último año	T_FLOUR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Lactancia materna exclusiva	LACT_MATER	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Fiebre amarilla (Cod. 310)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Fiebre amarilla (Cod. 310)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla	CARNE_VACU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Vacuna de fiebre amarilla	VAC_FA1	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NDICION	Dependientes de "Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla" en opción 1=sí
Fecha de aplicación	FEC_FA1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla" en opción 1=sí y de "Vacuna de fiebre amarilla" en opción 1=sí



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Fiebre amarilla (Cod. 310)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Esta opción debe estar diligenciada en 1=sí, para configurarse como caso del evento.
Hallazgos semiológicos Mialgias	MALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hemoptisis	HEMOPTISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos S Faget	SFAGET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hiperemia conjuntival	HIPIREMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hematemesis	HEMATEMESI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Petequias	PETEQUIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Metrorragia	METRORRAGI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Shock	CHOQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Melenas	MELENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

### Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Hallazgos semiológicos Falla renal	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Hallazgos semiológicos Falla hepática	FALLA_HEPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia	HEPATOMEWA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Caso de fiebre amarilla	CAS_FA	1	Texto	1 = Selvático 2 = Urbano	Si	
Sitio probable de infección - Código de municipio	CODMUNINFE	5	Texto	Según tabla de referencia	Si	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	

**Fiebre amarilla (Cod. 310)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Sitio probable de infección - Código de país.	CODPAISINF	10	Texto		Si	
Sitio probable de infección - Código de departamento.	CODDEPINFE	5	Texto		Si	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53. (Obligatorio)	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica (Obligatorio)	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001 (Obligatorio)	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. (Obligatorio)	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud. (Obligatorio)	SI	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado. (Obligatorio)	SI	
Clasificación Final del Caso	CLAS_FINAL	1	Texto	1 = Paciente con resultado positivo para HBsAg a clasificar 2 = Hepatitis B Aguda 3 = Hepatitis B Crónica 4 = Hepatitis B por transmisión Perinatal 5 = Hepatitis Coinfección B-D 6 = Hepatitis C	SI	
Población de riesgo Hijo de madre HBsAg (+)	HIJ_MAD	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Población de riesgo Más de un compañero sexual	COM_SEX_IN	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Pacientes Multitransfundidos	MULTITRANS	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Usuario Hemodiálisis	HEMODIALIZ	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Trabajador de la salud	TRA_SAL	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Usuario drogas inyectables	DRO_PAR	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Conviviente portador AgHBs (+)	CON_POR	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Población de riesgo Contacto sexual portador AgHBs (+)	CON_SEX	2 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Modo de transmisión más probable	MET_TRA	1 Texto	Text	1 = Materno infantil 2 = Horizontal 3 = Parenteral / percutanea 4 = Sexual	Si	
Donante de sangre	DON_SAN	1 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	
Semana de gestación al diagnóstico	SEM_GES_IN	2 Texto	Text	>=0 AND <=45	NDICION	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Vacunación previa hepatitis B	VAC_ANT	1 Texto	Text	1 = Si 2 = No	Si	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Numero de dosis	NUM_DOS	2	Texto	Número de dosis aplicadas	NDICION	Dependiente de Vacunación previa hepatitis B en opción 1
Fecha de última dosis	FEC_TER_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Fuente de la cual se recibió la información	FUENTE	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Sin dato	SI	
Presentó Signos y síntomas	PRES_SYS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cuáles complicaciones?	CUALES_ES_COM	1	Texto	1 = Falla Hepática Fulminante 2 = Cirrosis Hepática 3 = Carcinoma Hepático 4 = Síndrome febril icterico 5 = Ninguna	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	30	Texto	Texto	NO	Aplica solo para transmisión perinatal

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de identificación	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT = Permiso por Protección	NO	
Número de identificación	NUM_IDE_MA	16	Texto	Número del documento señalado.	NO	
Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido	VAC_REC_NA	1	Texto	1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Mas de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicaron	NO	
Administración Gammaglobulina anti VHB al Recién Nacido	GAM_REC_NA	1	Texto	1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Mas de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicaron la gammaglobulina	NO	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	HOMOSEXUAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Bisexual	BISEXUAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Accidente laboral	ACC_LABORA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Trasplante de órganos	TRANS_ORGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Procedimientos: centro estético/piercing/tatuaje	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recibió tratamiento de acupuntura	ACUPUNTURA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta (Cod. 340)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Enfermedades asociadas - Coinfección VIH/Sida	COINF_VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Momento en el que fué diagnosticada la gestante	MOMDIAG_GE	1	Texto	1 = Previo a la gestación/consulta preconcepcional 2 = Durante la gestación 3 = En el momento del parto 4 = Posterior al parto	NDICION	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	

**Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud	SI	

**Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Localización de las lesiones CARA	CARA	1 Texto		1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones TRONCO	TRONCO	1 Texto		1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS SUPERIORES	MIE_SUP	1 Texto		1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS INFERIORES	MIE_INF	1 Texto		1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea

**Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mucosa Afectada	MUC_AFE	1	Texto	1 = Nasal 2 = Cavidad Oral 3 = Labios 4 = Faringe 5 = Laringe 6 = Parpados 7 = Genitales	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Obstrucción Nasal	ONASAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Disfonía	DISFONIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Hiperemia Mucosa	HIPEREMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Ulceración Mucosa	ULCERACIÓN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Perforación Tabique	PERFORACIÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Destrucción Tabique	DESTRUCCIÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Visceral Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Esplenomegalia	ESPLENOME	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral

### Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas Visceral Anemia	ANEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Leucocitos	LEUCOPENIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Menor a 5.000 mm3 Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Plaquetas	TROMBOCITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Menor a 150.000 mm3 Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Tiene diagnóstico VIH confirmado	COINFE_VIH	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Para todas las Leishmaniasis
Recibió tratamiento anterior	REC_TTO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	Para todas las Leishmaniasis
Peso actual del paciente	PES_PTE	3	Texto	>=1 AND <=200	SI	MAX 200KG
Medicamento formulado actualmente	MED_FOR	1	Texto	1 = N-Metil Glucamina (glucantime) 2 = Estibogluconato de sodio 3 = Isotianato de pentamidina 4 = Amfotericina B 5 = Otros 6 = Miltefosina 7 = Pentamidina 8 = Sin tratamiento	SI	
Si marcó otros registre cual	CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Medicamento formulado actualmente" en opción 5=otro
Número de cápsulas o volumen diario a aplicar	VOL_DIA	4	Numérico	Numérico	SI	
Días de tratamiento	DIA_TTO	3	Texto	Numérico	SI	
Total de cápsulas o ampollas	TOT_AMP	3	Texto	>=0 AND <=180	SI	

**Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Recibió tratamiento local	TT0_LOCAL	1	Texto	1 = Crioterapia 2 = Termoterapia	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	

**Leishmaniasis cutánea - Leishmaniasis mucosa - Leishmaniasis visceral (Cod. 420-430-440)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Lepra (Cod. 450)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Lepra (Cod. 450)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de ingreso	CASO	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Recidiva 3 = Retratamiento después de la pérdida al seguimiento	SI	
Clasificación clínica del caso	CLA_CLINIC	1	Texto	1 = Paucibacilar 2 = Multibacilar	SI	
Número de lesiones	NUM_LESION	2	Texto	>=1 AND <=99	SI	
Baciloscopía	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Resultado índice bacilar	RES_BACILO	3	Numérico	>=0.0 AND <=6.0	NDICION	Dependiente de "Baciloscopía" en la opción 1. Variable no obligatoria



**Lepra (Cod. 450)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Biopsia	BIOPSIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Resultado de la histopatología	RES_BIO	1	Texto	1 = Indeterminada 2 = Tuberculoide 3 = Diforma (bordeíne) 4 = Lepromatosa 5 = Neural 6 = Otro diagnóstico	NDICION	Dependiente de "Biopsia" en la opción 1.
Máximo grado de discapacidad evaluado	MAX_GRA_DI	1	Texto	0 = Grado cero 1 = Grado uno 2 = Grado dos	SI	
Presenta reacción leprótica	PRE_REAL_E	1	Texto	1 = Tipo uno 2 = Tipo dos 3 = Ninguna	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Lepra (Cod. 450)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	



Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación Número lesiones.	CATEGORÍA_NU	1	Texto	>= 1 AND <= 3	SI	Si # lesiones = 1, entonces es 1, si # lesiones está entre 2 y 5, entonces 2, si # lesiones es mayor de 5, entonces es 3

### Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

### Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Hallazgos semiológicos fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay perros en su casa	PERROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay gatos en su casa	GATOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Leptospirosis (Cod. 455)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hay bovinos en su casa	BOVINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay equinos en su casa	EQUINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay porcinos en su casa	PORCINOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ninguno	NINGUNO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hay otros animales en su casa	OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales otros animales	CUAL_OTROS	30	Texto	Texto	NO	
Ha visto ratas dentro o alrededor de su domicilio o lugar de trabajo	RATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Abastecimiento de agua Acueducto Comunitario	ACUEDUCTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Abastecimiento de agua Pozo Comunitario	POZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Abastecimiento de agua Río	RIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Abastecimiento de agua Tanque de almacenamiento	TANQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Cuenta con sistema de alcantarillado?	ALCAN_DES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Contacto con aguas estancadas en los últimos 30 días?	C_AGU_ESTA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Actividades recreativas en represa a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma?	REPRESA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Leptospirosis (Cod. 455)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Actividades recreativas en río a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma?	RIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Actividades recreativas en Arroyo a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma?	ARROYO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Actividades recreativas en Lago/ laguna a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma?	LAGOLAGUNA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes actividades recreativas en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma? - Sin antecedente	SINANTECED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Disposición de residuos sólidos	D_RES_SOL	1	Texto	1 = Recolección 2 = Disposición peri domiciliaria	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Leptospirosis (Cod. 455)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
¿La paciente ingresa remitida de otra institución?	PTE_REMITDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Código Institución de referencia 1	CODINST_R1	12	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = SI
Institución de referencia 1	INST_REFE1	50	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = SI



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Institución de referencia 2	CODINST_R2	12	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Institución de referencia 2	INST_REFE2	50	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Tiempo del trámite de remisión (en horas)	TIEM_REMIS	3	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Gestaciones	NUM_GEST_AC	2	numérico	>=1 AND <=19	SI	
Partos vaginales	NUM_PARVAG	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Cesáreas	NUM_CESARE	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Abortos	NUM_ABORTO	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Molas	NUM_MOLAS	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Ectópicos	NUM_ECTOPI	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Muertos	NUM_MUERTO	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Vivos	NUM_VIVOS	2	numérico	>=0 AND <=19	SI	
Número de controles prenatales	NO_CON_PRE	2	Numérico	>=0 AND <=50	SI	
Semanas al inicio de control prenatal	SEM_C_PREN	2	Numérico	>=0 AND <=40	NDICION	Dependiente de "Número de controles prenatales" si es > 0

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Terminación de la gestación	TERM_GESTA	1	Texto	1 = Aborto 2 = Parto vaginal 3 = Parto instrumentado 4 = Cesárea 5 = Continúa embarazada	SI	
Momento de ocurrencia con relación a la terminación de la gestación	MOC_REL_TG	1	Texto	1 = Antes 2 = Durante 3 = Después	SI	
Clampsia	ECLAMPSIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Sepsis o infección sistémica severa	CHOQ_SEPTI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hemorragia obstétrica severa	CHOQ_HIPOV	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cardiovascular	FALLA_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Renal	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hepática	FALLA_HEPA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cerebral	FALLA_CERE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Respiratoria	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Coagulación/ hematológica	FALLA_COAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cirugía adicional	CIR_ADICIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Total criterios inclusión	TTL_CRITER	2	Numérico	>=1 AND <=32	SI	Es el resultado de sumar criterios correspondientes a: enfermedades específicas, falla orgánica, manejo específico, lesiones de causa externa y otros eventos

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Días estancia hospitalaria	DIAS_HOSPI	3	Numérico	>=0	SI	Cálculo automáticamente como fecha de egreso - fecha de hospitalización, si ambas son no vacías
Cirugía adicional 1	CIR_ADIC_1	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 =	NDICION	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC1_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NDICION	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 4=Otro
Cirugía adicional 2	CIR_ADIC_2	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 =	NDICION	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC2_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NDICION	Dependiente de "Cirugía adicional 2" en opción 4=Otro
Causa principal	CAUS_PRINC	4	Texto	Código del Evento según CIE X	SI	De acuerdo con tabla de CIE10
Causa agrupada	CAUS_AGRUP	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Causa asociada	CAUS_ASOC1	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Causa asociada	CAUS_ASOC2	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Causa asociada	CAUS_ASOC3	4	Texto	Código del Evento según CIE X	NO	De acuerdo con tabla de CIE10
Fecha de egreso	FEC_EGRESO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Debe ser mayor o igual a la fecha de consulta registrada en datos básicos
Fecha de terminación de la última gestación	FEC_UL_GES	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Inactivar si "Número de Gestaciones" = 1

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Preeclampsia severa	PRECLAMPSI	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Ruptura uterina	RUPT_UTERI	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Egreso	EGRESO	1	Texto	1 = Sale para la casa 2 = Sale remitida	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	

**Morbilidad materna extrema (Cod. 549)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Texto	Si	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	Si	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	Si	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	Si	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	Si	
Código del departamento, municipio notificador	COD_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y municipio de notificación de los casos.	Si	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA Hospitalización, Menores de 1 año	GRUPOH_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 1 año	GRUPOH_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 2 a 4 años	GRUPOH_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 5 a 19 años	GRUPOH_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 20 a 39 años	GRUPOH_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 40 a 59 años	GRUPOH_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 60y más años	GRUPOH_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total Hospitalización, Menores de 1 año	HOSPITAL_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 1 año	HOSPITAL_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 2 a 4 años	HOSPITAL_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 5 a 19 años	HOSPITAL_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 20 a 39 años	HOSPITAL_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 40 a 59 años	HOSPITAL_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 60y más años	HOSPITAL_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRAUCI, Menores de 1 año	IRAUCL_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 1 año	IRAUCL_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 2 a 4 años	IRAUCL_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 5 a 19 años	IRAUCL_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 20 a 39 años	IRAUCL_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 40 a 59 años	IRAUCL_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRAUCI, De 60y más años	IRAUCL_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total Hospitalización UCI, Menores de 1 año	TOTUCI_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 1 año	TOTUCI_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	NO	
Total Hospitalización UCI, De 2 a 4 años	TOTUCI_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 5 a 19 años	TOTUCI_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 20 a 39 años	TOTUCI_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 40 a 59 años	TOTUCI_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 60y más años	TOTUCI_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total muertes IRA, Menores de 1 año	MTEIRA_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 1 año	MTEIRA_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización, De 2 a 4 años	MTEIRA_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 5 a 19 años	MTEIRA_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 20 a 39 años	MTEIRA_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 40 a 59 años	MTEIRA_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA De 60y más años	MTEIRA_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total muertes Todas las causas, Menores de 1 año	MTETOT_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 1 año	MTETOT_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 2 a 4 años	MTETOT_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 5 a 19 años	MTETOT_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 20 a 39 años	MTETOT_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 40 a 59 años	MTETOT_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes Todas las causas, De 60y más años	MTETOT_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA consulta externa, Menores de 1 año	IRACEXT_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 1 año	IRACEXT_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, de 2 a 4 años	IRACEXT_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 5 a 19 años	IRACEXT_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 20 a 39 años	IRACEXT_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 40 a 59 años	IRACEXT_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 60y más años	IRACEXT_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	



**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total consulta externa, Menores de 1	TOTCEXT_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 1 año	TOTCEXT_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, de 2 a 4 años	TOTCEXT_3	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 5 a 19 años	TOTCEXT_4	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 20 a 39 años	TOTCEXT_5	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 40 a 59 años	TOTCEXT_6	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total consulta externa, De 60y más años	TOTCEXT_7	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ajuste	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 4 = Confirmado por Clínica 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	
Fecha del ajuste o fecha del registro.	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. Obligatorio	SI	
Nombre de la persona responsable	DILIGENCIA	30	Texto	Texto	NO	
Cargo	CARGO	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono	TELEFONO	17	Texto	Texto	NO	
Correo electrónico	CORREO	254	Texto	Texto	NO	
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	NO	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	



Salud



**Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Total IRA consulta externa y urgencias	TOT_IRAEXT		Numérico		Si	
Todas las causas de hospitalización	TOT_CAU_H		Numérico		Si	
Total consulta externa y urgencias	TOT_EXTURG		Numérico		Si	
Total hospitalización por IRAG	TOT_IRAG		Numérico		Si	
Todas las causas de muerte	TOT_MUERTE		Numérico		Si	
Total muertes por IRAG	TOT_MU_IRA		Numérico		Si	
Todas hospitalizaciones en UCI por IRAG	TOT_IRAUCI		Numérico		Si	
Todas las causas de hospitalización en UCI	TOT_H_ICI		Numérico		Si	
Nit UPGD	NIT_UPGD	12	Texto		No	

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	El tipo de identificación es el de la Madre.
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	El número de identificación es el de la Madre.
Gestaciones	GESTACIONE	2 Texto		>=1 AND <= 25	SI	El valor debe ser igual a la sumatoria entre partos vaginales, cesáreas y abortos
Partos vaginales	PARTOS	2 Texto		Número de Partos vaginales de la paciente entre 0-30	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Cesáreas	CESAREAS	2 Texto		Número de Cesáreas de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Abortos	ABORTOS	2 Texto		Número de Abortos de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones

### Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muertos	MUERTOS	2	Texto	Número de hijos muertos de la paciente.	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Vivos	VIVOS	2	Texto	Número de hijos vivos de la paciente	SI	No debe superar el valor registrado en la variable gestaciones
Número de Controles Prenatales	NUM_CON	2	Texto	>=0 AND <=25	SI	
Semana de Inicio Control prenatal.	SI_CTRL	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NDICION	Opcional dependiente de "Número de Controles Prenatales" para valores mayores que 0
Tipo de parto	TIP_PAR	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea 3 = Instrumentado 4 = Ignorado 5 = No nació	NO	
Fecha del parto	FEC_PARTO	14	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4. No puede ser mayor a la fecha de defunción registrada en datos básicos
Sitio de Defunción	SIT_DEF	2	Texto	6 = domicilio 8 = baja complejidad 9 = mediana complejidad 10 = alta complejidad 11 = UCI 12 = traslado interinstitucional 13 = traslado domicilio IPS 7 = otro	SI	

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parto atendido por	PAR_ATE	2	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstétrica 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor 6 = Partera 7 = Otro 8 = Ella misma	NDICION	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4.
Sitio del parto	SITIO_PART	1	Texto	1 = institucional 2 = domicilio 3 = otro	NDICION	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4.
Nivel de Atención	NIV_ATE_PA	1	Texto	1 = baja complejidad 2 = mediana complejidad 3 = alta complejidad	NDICION	Opción dependiente de 9.5 si es igual a 7 es obligatorio
Momento en que ocurrió la muerte perinatal	MOM_OCU	1	Texto	1 = anteparto 2 = intraparto 3 = prealta en postparto 5 = postalta en postparto 6 = reingreso en postparto 7 = no aplica nunca fue a institución de salud en postparto	SI	
Edad Gestacional	EDA_GES	2	Texto	>= 20 AND <= 45	SI	
Edad neonatal en días en el momento de la muerte	EDAD_NEO	2	Texto	>=0 AND <=28	NDICION	Dependiente de "momento en que ocurrió la muerte" en opciones 3, 5, 6, 7, en cuyo caso es obligatoria.
Peso al nacer (gramos)	PESO	3	Texto	>= 300 AND <= 6000	SI	
Talla al nacer (cm)	TALLA	1	Texto	>=18 AND <=53	SI	

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sexo	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino I = Indeterminado	SI	
Causa de muerte determinada por:	CAU_MTE	1	Texto	1 = Historia Clínica 2 = Autopsia Verbal 3 = Necropsia	SI	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIMGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	La semana epidemiológica se calcula a partir de la fecha de inicio de la parálisis
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre de la Madre del Paciente	NOM_MAD	40	Texto	Texto	NO	
Nombre del Padre del Paciente	NOM_PAD	40	Texto	Texto	NO	
Fecha de la Investigación	INI_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable solo debe admitir fecha igual o mayor a la fecha de notificación del caso
Número de dosis recibidas de (VOP)	DOS_REC	1	Numérico	>=0 AND <=9	SI	
Número de dosis recibidas de (MP)	DOS_MP_RE	1	Numérico	>=0 AND <=9	SI	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha ultima dosis	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Número de dosis recibidas de (MP)" en valores mayores a cero
Tiene carné	TIE_CAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Respiratorios	RESPIRATOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Digestivos	DIGESTIVOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dolor Muscular	DOL_MUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Signos Meníngeos	SIG_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fiebre al Inicio de Parálisis	FIE_INI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Instalación	INSTALACIO	2	Numérico	Número de días comprendidos desde el inicio de la parálisis hasta la máxima intensidad de la misma	NO	
Progresión (Sentido de la Enfermedad)	PROGRESION	1	Texto	1 = Ascendente 2 = Descendente 3= Indeterminada	SI	
Fecha de Inicio de Parálisis	INI_PAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Calcular semana epidemiológica. Puede ser superior a la fecha de inicio de síntomas, ya la fecha de consulta pero no a la fecha de notificación

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Paresia Miembro Superior Derecho	PAR_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Superior Derecho	PARA_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Superior Derecho	FLA_MSD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Superior Izquierdo	PAR_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Superior Izquierdo	PARA_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Superior Izquierdo	FLA_MSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Inferior Derecho	PAR_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parálisis Miembro Inferior Derecho	PARA_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Inferior Derecho	FLA_MID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Paresia Miembro Inferior Izquierdo	PAR_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Parálisis Miembro Inferior Izquierdo	PARA_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Flácida Miembro Inferior Izquierdo	FLA_MII	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Se debe marcar por lo menos un si (1) en cualquiera de los miembros entre parálisis, paresia y flacidez
Localización Miembro Superior Derecho	LOC_MSD	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Superior Derecho	SEN_MSD	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Superior Derecho	ROT_MSD	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Superior Izquierdo	LOC_MSII	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sensibilidad Miembro Superior Izquierdo	SEN_MSI	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Superior Izquierdo	ROT_MSI	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Inferior Derecho	LOC_MID	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Inferior Derecho	SEN_MID	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Inferior Derecho	ROT_MID	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Localización Miembro Inferior Izquierdo	LOC_MII	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
Sensibilidad Miembro Inferior Izquierdo	SEN_MII	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
R.O.T. (Reflejos Osteotendinosos), Miembro Inferior Izquierdo	ROT_MII	1	Texto	1 = Normal 2 = Aumentado 3 = Disminuido	NO	
Compromiso Músculos Respiratorios	CMUS_RES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Signos Menígeos	CSIG_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Babinsky	COM_BAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Brudzinsky	COM_BRU	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Compromiso Pares Craneanos	CPAR_CRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Toma de Líquido Cefalorraquídeo	TOM_LIQ_CE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Toma Electromiografía	TELE_MIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Toma Velocidad de Conducción	VEL_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Impresión Diagnóstica	IMP_DIA	4	Texto	• Botulismo (A05.1)• Poliomielitis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aseptica/infocítica (G03.0)• Mielitis transversa (G37.3)• Síndrome Guillain Barré (G61.0)• Polineuropatía, Poli (G61.0)	NO	
Toma de muestra	MAT_FEC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Fecha de Toma Muestra	FMAT_FEC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable no debe admitir valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Fecha de Envío Muestra	ENV_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de toma de muestra
Fecha de Recepción Muestra	REC_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de envío de muestra

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Resultado Muestra	RES_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí. La variable solo debe admitir valor mayor o igual a la fecha de recepción de muestra
Resultado	RES_MF	30	Texto	1 = NEGATIVO 2 = ENTEROVIRUS NO POLIO 3 = POLIOVIRUS SALVAJE TIPO 14 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 2 5 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 3 6 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 17 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 2 8 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 3 9 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 1 10 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 2 11 = POLIOVIRUS DERIVADO DE VACUNA TIPO 3 12 = MUESTRA CONTAMINADA 13 = MUESTRA NO PROCESADA	NDICION	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí.

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Vacunación de Bloqueo	VAC_BLO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Variable de Seguimiento municipal para ajuste. No admite valores inferiores a la fecha de notificación ni a la fecha de investigación de campo
Caso detectado por	CAS_DET_X	1	Texto	1 = Consulta 2 = Laboratorio 3 = Búsqueda activa institucional 4 = Búsqueda activa comunitaria 5 = Investigación de contactos 6 = Comunidad 7 = Otros 8 = Desconocido	NO	Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Fecha de seguimiento a los 60 días	FEC_SEG	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	(Variable de Seguimiento municipal para ajuste) La variable no admite valores inferiores a la fecha de vacunación de bloqueo
Parálisis residual a los 60 días	PAR_RES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Atrofia a los 60 días	ATROFIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Clasificación final	CLA_FIN	1	Texto	1 = Polio salvaje 2 = Polio derivado de la vacuna 3 = Polio asociado a la vacuna 4 = Polio compatible 5 = Descartado	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de clasificación final	FEC_CF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste) La variable no debe ser inferior a la fecha de notificación
Criterio para la clasificación	CRI_CLA	1	Texto	1 = Laboratorio 2 = Perdido al seguimiento 3 = Defunción 4 = Con parálisis residual 5 = Sin parálisis residual 6 = Otro diagnóstico clínico	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Diagnóstico final	DX_FIN	4	Texto	•Botulismo (A05.1)•Poliomielitis (A80)•Encefalitis (A86.x)•Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)•Meningitis aseptica/infocítica (G03.0)•Mielitis transversa (G37.3)•Síndrome Guillain Barré (G61.0)•Polineuropatía, Poli	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	

**Parálisis flacida aguda (Cod. 610)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede o territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	650 = Rabia animal 652 = Vigilancia activa rabia animal	SI	
Variable de control	TIP_IDE	2	Texto		NO	Variable de control 99
Variable de control2	NUM_IDE	20	Texto		NO	Variáble de control numero secuencial asignado dinámicamente en la medida en que se agregan registros
Fecha de notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación Inicial del Caso	CLA_INI_CA	1	Texto	1 = Probable 2 = Confirmado por Laboratorio	NDICION	Se activa obligatorio para rabia animal
Nombre y Apellido del Propietario	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Dirección Residencia Propietario	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono Propietario	TEL_PRO	10	Texto	Número fijo o celular	NO	
Código del Departamento de Residencia del Propietario	COD_DEP_PR	2	Texto	Código del Departamento según registro Divipola fuentes DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	
Código del Municipio de Residencia del Propietario	COD_MUN_PR	3	Texto	Código del Municipio según registro Divipola fuentes DANE. Ejemplo: Pasto = 001	SI	
Especie del animal	ESP_ANI	1	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Zorro 4 = Murciélagos 5 = Primates no humanos 6 = Grandes roedores 7 = Otros silvestres	SI	Las opciones 5,6,7 solo aplican para el evento 652
Raza	RAZA	30	Texto	Texto	NDICION	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2
Color de la cabeza del animal	COLOR	30	Texto	Texto	NO	Si el campo "Especie del animal" tiene el valor de 2 o 1 debe salir el siguiente mensaje: por favor averigüe con el técnico de saneamiento la raza y el color del animal, son datos fundamentales para la recepción de muestras

**Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad	EDAD	2	Texto	Edad del animal	NO	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 si no tiene la información debe dejar
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	1 = Años 2 = Meses	NO	dependiente de registrar algún valor en la variable edad
Antecedente vacunación	ANT_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NDICION	dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 obligatoria
Fecha de vacunación	FEC_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 Dependiente de antecedente de vacunación en opción 1=Si
Área de Procedencia	AREA_PRO	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	NO	
Signos y síntomas. Agresividad	AGRESVIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Parálisis miembros inferiores	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Salivación	SALIVACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Apetito alterrado	APETITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Voracidad	VORACIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Deglución difícil	DEGLUCION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas. Ladrido ronco	LADRIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Mandíbula trabada	MANDIBULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Anisocoria	ANISOCORIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Otro	OTRO_SS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y Sintomas otro Cual	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de 4.1 cuando la opción es = 11
Fecha inicio de síntomas	F_INI_SIN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Tipo de muerte	MUERTE	1	Texto	1 = Espontaneo 2 = Sacrificado 3 = Accidentado 4 = Desconocida	SI	
Fecha de muerte	FEC_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Fecha toma de muestra	F_TOM_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Fecha remisión muestra	F_TOM_Rem	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Prueba diagnóstica confirmatoria	PR_DIA_CON	1	Texto	1 = IFD 2 = Prueba Biológica	NO	

**Rabia en Perros y Gatos - Vigilancia de la rabia por laboratorio (Cod: 650-652)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Inadecuado 4 = Pendiente	NO	
Identificación variante	IDE_VW	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Variante Identificada	VAR_IDE	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 0 = Otra	NO	
Cual otra variante identificada	VAR_I_CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Variante Identificada" en opción 0=Otra
Cual otro destino de muestra	DES_M_CUAL	30	Texto	Texto	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez 2 = Confirmado por laboratorio 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación 6 = Descartado	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nit de upgd	NIT_UPGD	12	Texto	Según tabla de referencia	NO	

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1	Texto	1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Contacío de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 6 = Contacío de piel lesionada o mucosa con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rábico 7 = Inhalación en ambientes cargados con virus rábico (aerosoles) 8 = Trasplantes de órganos o tejidos infectados con virus rábico	SI	
Tipo de área del cuerpo en caso de Mordedura	AREA_MORDE	1	Texto	1 = En área cubierta del cuerpo 2 = En área descubierta del	NDICION	Dependiente de "Tipo de Agresión ó Contacío" en opción 1 = Mordura
Provocada	AGR_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de Lesión	TIP_LES	1	Texto	1 = Única 2 = Múltiple	SI	
Profundidad	PROFUN	1	Texto	1 = Superficial 2 = Profunda	SI	
Localización anatómica Cabeza, Cara, Cuello	CCC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Mano, Dedo	MAN_DED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Tronco	TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización anatómica Miembro Superior	MIE_SUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Miembro Inferior	MIE_INF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Pies - dedos	PIES_DEDOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Genitales externos	GENIT_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de la Agresión o contacto	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Tipo de agresor	ESP_ANI	2	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Bovino-Bufalino 4 = Équidos 5 = Porcino (Cerdo) 7 = Murciélagos 8 = Zorro 9 = Mico 10 = Humano 12 = Otros silvestres 13 = Ovino - caprino 14 = Grandes roedores	SI	
Animal vacunado contra la rabia	ANT_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Fecha de vacunación	FECHA_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Presentó carné de vacunación antirrábica?	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del propietario o responsable del agresor	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Dirección del propietario o responsable del agresor	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Teléfono del propietario	TEL_PRO	40	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Estado del animal al momento de la agresión o contacto	EST_MA	1	Texto	1 = Con signos de rabia 2 = Sin signos de rabia 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Estado del animal al momento de la consulta del paciente	ESTADO_ANI	1	Texto	1 = Vivo 2 = Muerto 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Ubicación del animal agresor	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Suero antirrábico	SUE_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe	SI	
Fecha de aplicación	FEC_APL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Suero antirrábico" en opción 1, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Vacuna antirrábica	VAC_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe	SI	
Numero de dosis	NUM_DOS	3	Numérico	Numérico	NDICION	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio



**Salud**



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

### Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de última dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Ordenó Suero antirrábico	APL_SA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ordenó aplicación Vacuna	APL_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Otros medicamentos	OTROS_MEDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Hiporexia	HIPOREXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Vomito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Paresias	PARESIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Odinofagia	ODINOFGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: arreflexia	ARREFLEXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: psicosis/alucinación	PSICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: fascies de terror	FASCIOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Aeroftobia	AEROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Hidroftobia	HIDROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas: Episodios de tranquilidad alternos con episodios de exitación	TRANQ_EXCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Depresión	DEPRESION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Hiperoxitabilidad	HIPEREXITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Agresividad	AGRESIVIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Espasmos musculares	ESPASMOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Parálisis	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Crisis respiratorias	CRIS_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Paro cardiorespiratorio	PARO_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Prueba diagnóstica confirmatoria	PR_DIAG_CO	1	Texto	1 = IFD 2 = Prueba Biológica 3 = Histopatología 4 = Inmunohistoquímica 5 = Titulación anticuerpos antirrábicos	NO	
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 4 = Pendiente	NO	
Identificación variante	ID_VARIANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NO	

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Variante identificada	VAR_IDENTI	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 9 = atípica 0 = Otra	NDICION	Depende de "Identificación variante" en opción 1= si
Variante identificada cual otra	OTRA_V_CUA	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Variante identificada" si la respuesta es otra
Fecha de resultado positivo	FEC_RESPOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Rabia humana (Cod. 670)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre del padre o la Madre del Paciente	NOM_PM	30	Texto	Texto	NO	
Ocupación del padre o la Madre del Paciente	OCU_PM	4	Texto	Código de la ocupación de la madre o padre, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	NO	
Dirección de trabajo	DIR_PM	30	Texto	Texto	NO	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Caso detectado por	CAS_DETX	1	Texto	1 = Consulta 2 = Laboratorio 3 = Búsqueda activa institucional 4 = Búsqueda activa comunitaria 5 = Investigación a contactos 6 = Comunidad 7 = Otros 8 = Desconocido	SI	
Vacuna contra Sarampión	VAC_SAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Número de Dosis Vacuna Sarampión	DOS_SAR	1	Numérico	>=1	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1, acepta valor superior a 1
Fecha Última Dosis Sarampión	ULT_SAR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1
Fuente (información vacuna sarampión)	FTE_SAR	1	Texto	1 = Carmé 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1
Tipo vacuna (Sarampión)	TIP_VAC_SA	1	Texto	1 = Sarampión 2 = Sarampión rubéola SR 3 = Triple viral SRP	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1
Vacuna contra Rubéola	VAC_RUB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Número de Dosis Vacuna Contra Rubéola	DOS_RUB	1	Texto	>=1	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Rubéola", en la opción 1, acepta valor superior a 1
Fecha Última Dosis Rubéola	ULT_RUB	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Rubéola", en la opción 1

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente (información vacuna Rubéola)	FTE_RUB	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Rubéola", en la opción 1
Tipo vacuna rubéola	TIP_VAC_RU	1	Texto	1 = Rubéola R 2 = Sarampión rubéola SR 3 = Triple viral SRP	NDICION	Dependiente de "Vacuna contra Rubéola", en la opción 1
Fecha Visita Domiciliaria	FVIS_DOM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste  La variable solo acepta valores mayores o iguales a la fecha de consulta

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Diagnóstico inicial	DX_INI	4	Texto	B083 = ERITEMA INFECCIOSO [QUINTA ENFERMEDAD] A38X = ESCARLATINA B082 = EXANTEMA SUBITO [SEXTA ENFERMEDAD] B09X = INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA= CARACTERIZADA POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS B060 = RUBEOLA CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS B068 = RUBEOLA CON OTRAS COMPLICACIONES B069= RUBEOLA SIN COMPLICACIONES B050 = SARAMPION COMPLICADO CON ENCEFALITIS (G05.1*) B051 = SARAMPION COMPLICADO CON MENINGITIS (G02.0*) B052= SARAMPION COMPLICADO CON NEUMONIA (J17.1*) B053 = SARAMPION COMPLICADO	SI	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
				CON OTITIS MEDIA (H67.1*) B054 = SARAMPION CON COMPLICACIONES INTESTINALES B058 = SARAMPION CON OTRAS COMPLICACIONES B059 = SARAMPION SIN COMPLICACIONES		
Fecha de Inicio de Fiebre	FINI_FIE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Si no hay fiebre no es caso de sarampión o rubéola.	NO	Si es no vacía, la variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Tipo de Erupción	TIP_ERU	1	Texto	1 = Maculopapular 2 = Vesicular 3 = Otro 4 = Desconocido	SI	Si no hay Erupción no es caso de sarampión o rubéola.
Fecha de Inicio de Erupción	FINI_ERU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de inicio de síntomas
Duración (Días)	DUR_DIA	2	Numérico	Numérico mayor a cero	SI	
Tos	TOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Coriza	CORIZA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Conjuntivitis	CONJUNTIVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Adenopatía	ADENOPATIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

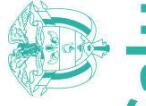
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Artralgia	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Lugar probable de Parto	MUN_PAR	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NDICION	Dependiente de "Grupo poblacional gestante" de datos básicos en opción 1=Si
Hubo Contacto con Otro Caso Confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción	SAR_RUB_7	1	Texto	1 = Sarampión 2 = Rubéola 3 = Ambos 4 = Ninguno 5 = Desconocido	SI	
Hubo Algun caso Confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso	SAR_RUB_A	1	Texto	1 = Sarampión 2 = Rubéola 3 = Ambos 4 = Ninguno 5 = Desconocido	SI	
Viajó Durante los 7-23 días previos al inicio de la Erupción	VIAJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Dónde	DON_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio donde viajó.	NDICION	Dependiente de "Viajó Durante los 7-23 días previos al inicio de la Erupción" en la opción 1
Tuvo contacto con una mujer embarazada entre los cinco (5) días antes del inicio y los (7) días después del inicio de síntomas	CON_MUJ_E	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Hubo vacunación de bloqueo?	VAC_BLOQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de seguimiento municipal para ajuste
Hubo monitoreo rápido de coberturas?	MON_RAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hubo seguimiento a contactos?	SEG_CONT	1 Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NDICION	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste. Aplica solo si el caso es confirmado, en cuyo caso es obligatoria.	
Si el caso es confirmado, fuente de infección	FTE_INFECT	1 Texto	1 = Importado 2 = Relacionado a importación 3 = Fuente desconocida 4 = Autóctono	NDICION	Obligatoria si se realiza un ajuste confirmando el caso	
Si es importado o relacionado a importación, de qué país.	IMP_PAIS	30 Texto	Texto	NDICION	Se activa si el tipo de caso es confirmado por laboratorio, clínica o nexo epidemiológico o si se realiza un ajuste de esa naturaleza	
Si el caso es descartado, criterio para descartar	CRI_DES	1 Texto	1 = Laboratorio negativo 2 = Reacción vacunal 3 = Dengue 4 = Parvovirus B19 5 = Herpes 6 = Reacción alérgica 7 = Otro diagnóstico	NDICION	Dependiente de "Si el caso es confirmado, fuente de infección sea 1=importado, es obligatoria	

**Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez, 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha final de seguimiento a contactos	FEC_SEGUIM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Hubo seguimiento a contactos?" en opción 1=Sí  Debe ser mayor o igual que la Fecha de Inicio de Erupción  Aplica solo si el caso es confirmado según los tipos de confirmación aplicables y si hubo seguimiento a contactos.

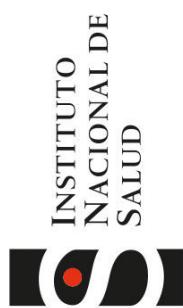


Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de contagio	FTE_CONTAG	2	Texto	1 = Contácto en casa 2 = Comunidad 3 = Centro de Salud 88 = Otros 99 = Desconocido	SI	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Código del departamento del parto	DEP_PAR	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Código del país donde viajó.	DON_PAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Depende si el campo "Viajó" es 1
Código del país donde fue el parto.	PAIS_PAR	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	



### Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código del departamento donde fue el parto.	DON_DEP	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Niveles de dímero D en la muestra	DIMERO_D		Numérico		NO	

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Condición al momento del diagnóstico	CONDENDIAG	1 Texto		1 = Embarazo 2 = Parto 3 = Puerperio	SI	
Control prenatal en embarazo actual	CON_PRE	1 Texto		1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas al primer control prenatal	EDA_GES	2 Texto		>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Prueba treponémica	PRUETREPON	1 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2 Texto		>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál prueba treponémica	QUE_PR_TRE	1	Texto	4 = Prueba rápida 5 = Otra	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponémica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)	TOMASEROLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PRI_S	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de "Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)" en opción 1
Resultado de la prueba no treponémica VDRRL / RPR	RESSERVDRRL	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	NDICION	Depende de "Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)" en opción 1
Penicilina benzatínica No. de dosis	PEN_BENZAT	1	Texto	0 = Cero dosis 1 = Una dosis 2 = Dos dosis 3 = Tres dosis	SI	
Tratamiento de contactos	TTO_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	30	Texto	Nombre y apellido de la madre	SI	

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad. PE = Permiso Especial de Permanencia CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT = Permiso por Protección	SI	
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	16	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Resultado de la gestación	RES_GESTAC	1	Texto	1 = Recien nacido vivo 3 = Mortinato	SI	
Número de productos al nacimiento	NO_PRODUCT	1	Texto	>= 1 AND <= 9	SI	
Edad gestacional en semanas al nacimiento	EDA_GES_NA	2	Texto	>= 22 AND <= 42	SI	

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado de la serología de la madre en el momento del parto (VDRl o RPR)	RES_SER_MP	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	SI	
Resultado serología del recién nacido (VDRl /RPR)	RESULT_SERO	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS 14 = No reactiva	NDICION	Depende de "Resultado de la gestación" en opción 1=si
Fecha de aplicación de la primera dosis de tratamiento a la madre	FEC_TTOMAD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Depende de "Penicilina benzatínica No. de dosis" en valores superiores a 0
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Sífilis congénita (Cod. 740)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Diagnóstico en el embarazo actual	DIA_EMBACT	1	Texto	1 = Primera vez 2 = Reinfección	SI	
Tiempo de Residencia en el país	TIEM_RESID	1	Texto	1 = 6 meses o más 2 = Menos de seis meses	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	

**Sífilis gestacional (Cod. 750)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Condición al momento del diagnóstico	CONDENDIAG	1 Texto		1 = Embarazo 2 = Parto 3 = Puerperio 4 = Post aborto	SI	
Control prenatal en embarazo actual	CON_PRE	1 Texto		1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas al primer control prenatal	EDA_GES	2 Texto		>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2 Texto		>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si

**Sífilis gestacional (Cod. 750)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál prueba treponémica	QUE_PR_TRE	1	Texto	4 = Prueba rápida 5 = Otra	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponémica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)	PR_NO_TREP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PRI_S	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NDICION	Depende de "Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)" en opción 1
Resultado de la prueba no treponémica VDRL / RPR	RESSERVDRL	2	Texto	3 = menor o igual a 2 DILS 4 = 4 DILS 5 = 8 DILS 6 = 16 DILS 7 = 32 DILS 8 = 64 DILS 9 = 128 DILS 10 = 256 DILS 11= 512 DILS 12 = 1024 DILS 13 = 2048 DILS	NDICION	Depende de "Prueba no treponémica (VDRRL o RPR)" en opción 1
Prueba treponémica	PRUETREPON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Penicilina benzatínica No. de dosis	PEN_BENZAT	1	Texto	0 = Cero dosis 1 = Una dosis 2 = Dos dosis 3 = Tres dosis	SI	
Tratamiento de contactos	TTO_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de aplicación de la primera dosis de tratamiento a la madre	FEC_TTOMAD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NDICION	Depende de "Penicilina benzatínica No. de dosis" en valores superiores a 0

**Sífilis gestacional (Cod. 750)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Diagnóstico en el embarazo actual	DIA_EMBACT	1	Texto	1 = Primera vez 2 = Reinfección	SI	
Tiempo de Residencia en el país	TIEM_RESID	1	Texto	1 = 6 meses o más 2 = Menos de seis meses	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	

**Sífilis gestacional (Cod. 750)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	
Clasificación Inicial	CLA_INI	1	Texto	1 = Sospechoso por datos Clínicos 2 = Sospechoso por hijo de madre con sospecha o confirmación de rubéola	Si	
Lugar de nacimiento del paciente	MUN_NAC	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	Si	

**Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de notificación	FUE_NOT	1	Texto	1 = Pública 2 = Privada 3 = Laboratorio 4 = Comunidad 5 = Búsqueda Activa 8 = Otras 9 = Desconocida	Si	
Edad en años de la madre	EDAD	2	Texto	>=6	Si	
Número de Embarazos	NUM_EMB	2	Texto	>= 1 AND <=25	Si	
Viajes	VIAJES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	Si	
Semana de Embarazo del Viaje	SE_VIA	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NDICION	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
País donde viajó?	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
Donde	MUN_VIA	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NDICION	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
Apgar	APGAR	2	Texto	>= 1 AND <= 10	Si	
Bajo peso al nacer	BPN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	Si	
Peso en gramos	PESO	4	Texto	Numérico en gramos	Si	Si la variable bajo peso al nacer es igual a 1. Solo debe admitirse valores iguales o inferiores a 2499 gramos en esta variable.
Pequeño para la edad gestacional	PEQ_EDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	Si	
Semanas (nacimiento)	SEMANAS	2	Texto	>= 20 AND <= 45	No	Debe coincidir con el primer ítem de semanas de embarazo que se encuentra en la historia materna



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cataratas	CATARATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Glaucoma	GLAUCOMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Retinopatía Pigmentaria	RETINOPATI	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros Ojos	OTR_OJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Persistencia del conducto arterioso	PER_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Estenosis de la Arteria pulmonar	EST_ART	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros corazón	OTR_COR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Sordera	SORDERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros oídos	OTR_OID	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Microcefalia	MICROCEFAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Retraso en el desarrollo psicomotor	RET_DES	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Púrpura	PURPURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Ictericia al nacer	ICT_NAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Esplenomegalia	ESPLENOME	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Osteopatía radio lucida	OST_RAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Meningoencefalitis	MENINGOENC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	
Otros	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 9 = Desconocido	SI	

**Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de inicio de la investigación	FEC_INI_IN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable no debe admitir valores inferiores a la fecha de consulta
Diagnóstico final	DX_FIN	1	Texto	1 = Infección congénita 2 = Otro 9 = Desconocido	SI	
Investigado por	INVESTIGAD	30	Texto	Texto	NO	
Teléfono	TEL_INVEST	20	Texto	Texto	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	

**Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Código del país de nacimiento	PAIS_NAC	3	Texto	Según tabla de referencia	Si	
Código del país al cual viajó	PAIS_VIA	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Si
Código del departamento de nacimiento	DEP_NAC	2	Texto	Según tabla de referencia	Si	
Código del departamento al cual viajó	DEP_VIA	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Si

**Tétanos accidental (Cod. 760)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tétanos accidental (Cod. 760)**

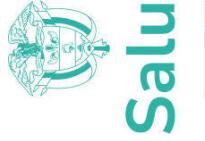
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Dolor en el cuello	DOL_CUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1 si la variable 6.14 se encuentra vacía.
Dolor de garganta	DOL_GAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1 si la variable 6.14 se encuentra vacía.
Imposibilidad para abrir la boca / hablar	IMP_HABLAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1

### Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Contracciones musculares	CON_MUSCUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Rigidez en músculos abdominales	RIG_MU_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Espasmos generalizados	ESP_GENERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Rigidez de nuca	RIG_NUCA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Afectación de nervios craneales	AFE_NER_CR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Trismus	TRISMUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Opistotónicos	OPISTÓTONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	Por lo menos una de las variables desde 6.1 hasta 6.13 debe estar en la opción 1
Otro Cual?	OTRO_CUAL	30	Texto	Texto	NO	

### Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	



### Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Tetános neonatal (Cod. 770)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tetános neonatal (Cod. 770)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre de la madre	NOM_MAD	30	Texto	Texto	SI	
Edad de la madre	EDA_MAD	2	Texto	Numérico en años	SI	
Llanto al nacer	LLA_NAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mamaba normalmente al nacer	MAM_NOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Dejó de mamar	DEJ_MAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
En qué fecha	FECHA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Dejó de mamar", en la opción 1



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Tetános neonatal (Cod. 770)**

NOMBRE RELÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hipertermia	HIPERTERMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Fontanela abombada	FON_ABO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Rigidez de nuca	RIG_NUC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Trismus	TRISMUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Espasmos	ESPASMOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Contracciones	CONTRACCIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Opistotonos	OPISTOTONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Llanto excesivo	LLA_EXC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Sepsis umbilical	SEP_UMB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Número de embarazos con el del caso	NUM_EMB	2	Texto	Numérico	Si	>= 1
Asistió a control prenatal	CON_PRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Si marco no, Justifique	JUSTIFIQUE	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 2
Atendido por médico	ATE_MED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por enfermero	ATE_ENF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por Auxiliar	ATE_AUX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1

### Tetános neonatal (Cod. 770)

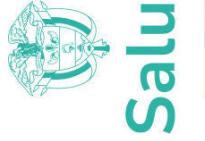
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Atendido por promotor	ATE_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por otro	ATE_OTR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Si marco otro, ¿Cuál?	OTRO	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Atendido por otro" en opción 1
Número de controles prenatales	NUM_CON	2	Texto	Numérico	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Fecha último control prenatal	ULT_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
La madre durante el embarazo vivió en el mismo lugar	VIV_MIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
En caso negativo en que municipio	MUN_VIV	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NDICION	Dependiente de "La madre durante el embarazo vivió en el mismo lugar" en opción 2
Vacunación antitetánica	VAC_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de dosis de DPT	DOS_DPT	1	Texto	>=1	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Si marco NO en "Vacunación antitetánica" explique causa	EXP_CAU	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 2

**Tetános neonatal (Cod. 770)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha dosis TD1	DOS_TD1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Fecha dosis TD2	DOS_TD2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Fecha dosis TD3	DOS_TD3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Fecha dosis TD4	DOS_TD4	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Lugar de atención del parto	LUG_PAR	1	Texto	1 = Casa 2 = Institución de Salud	SI	
Quien atendió el parto	ATE_PAR	1	Texto	1 = Médico 2 = Enfermera 3 = Auxiliar 4 = Promotora 5 = Partera complementada 6 = Partera no complementada 7 = Familiar 8 = Sola 9 = Otro	SI	
Aplicación en el muñón umbilical de sustancias	APL_MUÑ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales sustancias	CUA_SUS	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Aplicación en el muñón umbilical de sustancias" en opción 2

**Tetános neonatal (Cod. 770)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	



### Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección Temporal CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombre de la madre	PAD_MAD	30	Texto	Texto	NO	
Caso identificado por	IDENTIFICA	1	Texto	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización 4 = Búsqueda comunitaria	SI	

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dosis aplicadas de vacuna antípertusis	ANTIPERTUS	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer refuerzo 5 = Segundo refuerzo	NDICION	Dependiente de la edad registrada en datos básicos así: Ninguna dosis: se admite a cualquier edad • 1 dosis: si edad >= 2 meses • 2 dosis: si edad >= 4 meses • 3 dosis: si edad >= 6 meses • 4 dosis: si edad >= 1 año • 5 dosis: si edad >= 5 años
Tipo de vacuna	TIP_VAC	1	Texto	1 = DPT 2 = Pentavalente 3 = T adP	NDICION	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antípertussis", en opción mayor a 0
Fecha última dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antípertussis", en opción mayor a 0
Etapa de la enfermedad	ETA_ENF	1	Texto	1 = Catárral 2 = Espasmódica 3 = Convaleciente	SI	
Infección respiratoria	IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Duración de la tos (días)	DUR_TOS	2	Texto	Numérico	NDICION	Opcional dependiente de 7.2, en opción 1
Tos Paroxística	TOS_PAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de 7.2, si la opción es 1 la variable es obligatoria, de lo contrario se inactiva
Estridor	ESTRIDOR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

### Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Apnea	APNEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Vómito Postusivo	VOMITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de complicación	TIP_COM	1	Texto	1 = Convulsiones 2 = Atelektasia 3 = Neumotórax 4 = Neumonía 5 = Otro	NDICION	Opcional dependiente de 7.8, en opción 1
Tratamiento antibiótico	TT0_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de antibiótico	TIP_ANT	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de 8.1, opción 1
Duración del tratamiento (días)	DUR_TTO	2	Texto	Numérico	NDICION	Opcional dependiente de 8.1, opción 1
Investigación de campo efectiva	INV_CAM	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Fecha de inicio de investigación	FEC_II	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	La variable no debe aceptar valores inferiores a la fecha de consulta
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	NDICION Dependiente de "Antecedente materno" en opción 1=Sí
Antecedente materno	ANTEC_MATE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de aplicación para el antecedente materno de la vacuna T adP	FEC_TADP_M	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)		

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo documento del padre o madre	TIP_IDE_PM	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CD = Carné diplomático SC = Salvoconduco de permanencia DE = Documento Extranjero PT = Permiso por Protección Temporal	SI	
Número Identificación de la madre	NUM_IDE_PM	16 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Semanas de gestación de aplicación	SEM_GES	2 Texto		>=1 AND <=45	NDICION	Dependiente de "Antecedente materno de la vacuna T adP" en opción 1=Sí
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255 Texto	Texto		SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255 Texto	Texto		SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0 Texto	Texto		SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100 Texto	Texto		SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100 Texto	Texto		SI	

**Tosferina (Cod. 800)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del país de residencia	NPAlS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Se calcula a partir de la fecha de consulta
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de tuberculosis	TIP_TUB	1	Texto	1 = Pulmonar 2 = Extrapulmonar	SI	
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	LOCTBREXTR	2	Texto	1 = Pleural 2 = Meníngea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Según ingreso	CLASCASO	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Tras recaída 3 = Tras fracaso 4 = Paciente recuperado tras perdida al seguimiento 5 = Otros pacientes previamente tratados	SI	
Tiene cicatriz de vacuna de BCG	CIC_VCG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tiene vacuna BCG registrada en carnet	VCNBCGCN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Semanas de gestación	NUMSEMGEST	2	Texto	Semanas entre 1 y 42	NDICION	Dependiente de 7.3 en opción 1
¿Es trabajador del área de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ocupación del trabajador del área de la salud	NOMB_OCUPA	40	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de ¿Es trabajador del área de la salud? En la opción 1=Si
Presenta diagnóstico confirmado previo de VIH/Sida	PREV_VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Se realizó consejería pre-test de VIH	CONSPREVVIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Presenta diagnóstico previo de VIH" en opción 2=No
Se realizó prueba para diagnóstico de VIH	PRUEBDIAGN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Presenta diagnóstico previo de VIH" en opción 2=No

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Terapia preventiva con trimetropin sulfá/cotrimoxazol	TER_PREV_T	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Presenta diagnóstico confirmado previo de VIH/Sida" en opción 1=Sí
Recibe tratamiento antirretroviral	TRAT_ANTIR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Resultado de la prueba para diagnóstico de VIH" en opción 1=Sí
Peso actual ( Kg)	PESO_ACT	5	Numérico	>=2.0 and <=250.0	SI	Dependiente de "Resultado de la prueba para diagnóstico de VIH" en opción 1=Sí
Talla ( m)	TALLA_ACT	4	Numérico	>=0.20 AND <=2.5	SI	
IMC (índice de masa corporal)	IMC	6	Numérico	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla ) <sup>2</sup> El resultado incluye decimal	SI	
Inicio de tratamiento	INI_TRAT	1	Texto	1=Si 2=No	SI	
Fecha inicio de tratamiento	F_INITRAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	
Baciloscopía	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de toma de baciloscopy	FCHBACI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1, en opción 1
Resultado baciloscopy	RES_BK	1	Texto	1 = Negativa 2 = Una Cruz (+) 3= Dos Cruces (++) 4 = Tres Cruces (+++)	NDICION	Dependiente de 8.1, en opción 1
Fecha de resultado de baciloscopy	FCH_REBAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1 en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de toma de baciloscopy 8.1.1
Cultivo	REA_CUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de realización	FCHCULTIVO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1.4, en opción 1 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Resultado cultivo	RESCULTIVO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de 8.1.4, en opción 1, puede dejar pasar si no se tiene el dato
Fecha de resultado de cultivo	FCH_RECUL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1.4, en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de realización de cultivo 8.1.5 puede dejar pasar si no se tiene el dato

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado del cultivo	RES_CULT	1	Texto	1 = Positivo Entre 1 y 20 colonias BAAR 2 = (+) 21 A 100 COLONIAS BAAR 3 = (++) MÁS DE 100 COLONIAS BAAR 4 = (+++) COLONIAS BAAR CONFLUENTES 5 = Cultivo Negativo 6 = Contaminado 7 = En proceso	No	
Histopatología	HISTOPATOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Fecha de realización	FCHTHISTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1.8 en opción 1
Resultado histopatología	RESHISTOPA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de 8.1.8 en opción 1 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Fecha de resultado de histopatología	FCH_REHIS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de 8.1.8 en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de realización de histopatología 8.1.9 puede dejar pasar si no se tiene el dato
Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso	PRUEB_MOLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre de la prueba molecular utilizada	NOM_PMOLEC	1	Texto	1 = Sistema cerrado de PCR en tiempo real 2 = Amplificación e Hibridación de sondas en línea 3 = Otra	NO	Depende de "Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso" en la opción 1=Si
Especie identificada	ESP_PMOLEC	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de "Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso" en la opción 1=Si
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Cuadro clínico	CLI_PTA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Nexo epidemiológico	NEX_EPI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Radiológico	REDILOGIC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Adenosina deaminasa (ADA)	ADA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso tuberculina	TUBERCULIN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Tuberculosis (Cod. 815)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Resultado de la prueba para diagnostico de VIH	RES_PRUVIH	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Pendiente	NDICION	Dependiente de "Se realizó prueba para diagnostico de VIH" en opción 1=Sí
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Enfermedad renal	ENFE_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Mecanismo probable de transmisión	MEC_PRO_T	2	Texto	1 = Heterosexual 2 = Homosexual 3 = Bisexual 4 = Materno infantil 5 = Transfusión sanguínea 6 = Uso de drogas IV 7 = Accidente de trabajo 9 = Transplante de órganos 10 = Peircing 11 = Hemodiálisis 12 = Tatuares 13 = Centro estético 14 = Acupuntura	SI	

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	NDICION	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Tipo Identificación (madre)	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CD = Carné diplomático SC = Salvoconductor de permanencia DE = Documento Extranjero PT = Permiso por Protección Temporal	NDICION	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	NDICION	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Identidad de género	IDE_GENERO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino T = Transgénero	SI	
Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación	DONO_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



**Salud**



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico	TIP_PRU	1	Texto	1 = Western Blot 2 = Carga Viral 3 = Prueba rápida 4 = Elisa	NDICION	Opción 1 válida solo para mayores de 18 meses Opción 2 válida solo para menores de 18 meses
Fecha de Resultado	FEC_RES	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Valor de la carga viral en número de copias	VAL_RES	9	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico" en opción 2 = Carga viral
Estado clínico del paciente al momento de la notificación	EST_CLI	1	Texto	1 = VIH 2 = Sida 3 = Muerto	NDICION	La opción 3 solo aplica si en datos básicos la condición final del caso es 2= muerto
Candidiasis Esofágica	CAN_ESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida, Muerto)
Candidiasis de las Vías Aéreas	CAN_VIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Tuberculosis Pulmonar	TUB_PUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Cáncer Cervical Invasivo	CAN_CER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tuberculosis Extrapulmonar	TUB_EXP	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Coccidioidomycosis	COCCIDIODO	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Citomegalovirus	CITOMEGALO	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Retinitis por Citomegalovirus	REN_CIT	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Encefalopatía por VIH	ENCEFALOPA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Otras micobacterias	OTRAS_MICR	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Histoplasmosis Extrapulmonar	HIS_EXT	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Isosporidiosis Crónica	ISO_CRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Herpes Zoster en múltiples dermatomas	ERP_ZOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Histoplasmosis Diseminada	HIS_DIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Linfoma de Burkitt	LIN_BUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Neumonía por Pneumocistis	NEU_PNE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Neumonía Recurrente	NEU_REC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Linfoma Inmunoblastico	LIN_INM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cryptosporidiosis Crónica	CRI_CRO	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Cryptococcosis Extrapulmonar	CRI_EXT	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Sarcoma de Kaposi	SAR_KAP	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Síndrome de Emaciación	SIN_EMA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Leukoencefalopatía Multifocal	LEU_MUL	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Septicemia Recurrente por salmonera	SEP_REC	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		
Toxoplasmosis Cerebral	TOX_CER	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)		

**Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hepatitis B	HEP_B	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Hepatitis C	HEP_C	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Meningitis	MENINGITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Tuberculosis pulmonar	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)



Salud



Vih/Sida/Mortalidad por Sida (Cod. 850)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Modalidad	NATURALEZA	2	Texto	1= Violencia Física 2= Violencia Psicológica 3= Negligencia y Abandono	NO	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Actividad	ACTIVIDAD	2	Texto	13 = Líderes(as) cívicos 24 = Estudiante 26 = Otro 28 = Trabajador(a) doméstico(a) 29 = Persona en situación de prostitución 30 = Campesino/a 31 = Persona dedicada al cuidado del hogar 32 = Persona que cuida a otras 33 = Ninguna	SI	
Situación o condición de vulnerabilidad - Persona consumidora de (SPA)	CONSUM_SPA	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Situación o condición de vulnerabilidad - Persona con jefatura de hogar	MUJER_CABF	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Antecedente de violencia	ANTEC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Sexo del agresor (a)	SEXO AGRE	2	Texto	M = Masculino F = Femenino I = Intersexual	NO	
Relación o parentesco del agresor con la víctima Familiar	R_FAM_VIC	2	Texto	9 = Padre 10 = Madre 22 = Pareja 23 = Ex-pareja 24 = Familiar 25 = Ninguno	NO	Debe existir por lo menos una variable diligenciada que dé cuenta de la relación con el agresor, ya sea familiar, no familiar ó de otro grupo
Convive con el agresor	CONV AGRE	1	Texto	1= Si 2= No	SI	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Agresor no familiar	R_NOFAMILAR	2	Texto	1= Profesor (a) 2= Amigo (a) 3= Compañero (a) de trabajo 4= Compañero (a) de estudio 6= Desconocido (a) 7= Vecino (a) 8= Conocido (a) sin ningún trato 10 = Otro 11 = Jefe 12 = Sacerdote/Pastor 13 = Servidor (a) Público	NDICION	Dependiente de "Relación o parentesco del agresor con la víctima Familiar" en la opción 25 = Ninguno  Debe existir por lo menos una variable diligenciada que dé cuenta de la relación con el agresor, ya sea familiar, no familiar ó de otro grupo
Mecanismo utilizado para la agresión	ARMAS	2	Texto	1 = ahorcamiento/estrangulamiento/s ofogación 2 = Caídas 3 = Contundente y contococontundente 4 = Cortante, cortopunzante, punzante 11 = Proyectil arma de fuego 12 = Quemaduras por fuego o llama 13 = Quemaduras por ácido, ácalis, o sustancias corrosivas 14 = Quemadura por líquido hiriente 15 = otros mecanismos 16 = Sustancias de uso doméstico que causan irritación	NDICION	Dependiente si la variable "Modalidad" es 1= Violencia física
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - cara	QUE_CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14



**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - cuello	QUE_CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - manos	QUE_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - pies	QUE_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - pliegues (axila, antecubital, popliteo etc)	QUE_PLIEGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Genitales	QUE_GENITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - tronco	QUE_TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Miembro superior (excluye mano)	QUE_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - Miembro inferior (excluye pie)	QUE_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
En caso de quemadura, clasificación del grado	CLA_GRA	1	Texto	1 = Primer grado 2 = Segundo grado 3 = Tercer grado	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de quemadura clasificación de la extensión	EXT_QUE	1	Texto	1 = menor o igual a 5% 2 = 6%-14% 3 = mayor o igual a 15%	NDICION	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
Presencia de alcohol u otra sustancia en la Víctima	SUST_VICT	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Fecha del hecho	FEC_HECHO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	La fecha del hecho debe ser anterior o igual a la fecha de consulta
Escenario	ESCENARIO	2	Texto	1 = Vía Pública 2 = Vivienda 3 = Establecimiento educativo 4 = Lugar de trabajo 7 = Otro 8 = Comercio y áreas de servicios (Tienda, centro comercial, etc) 9 = otros Espacios abiertos (bosques, potreros, etc) 10 =Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol 11 = Institución de salud 12 = Área deportiva y recreativa	SI	
Hecho violento en el marco del conflicto armado	ZONA_CONF	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Acciones en salud Profilaxis ITS - VIH	SP_IT_S	1	Texto	1= Si 2= No	NDICION	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3
						No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Acciones en salud Profilaxis Hepatitis B	PROF_HEP_B	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3		
Acciones en salud Profilaxis Otras ITS	PROF_OTRAS	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12		
Acciones en salud Anticoncepción de emergencia	AC_ANTICON	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3		
Acciones en salud Orientación IVE	AC_IVE	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION No aplica si "Violencia sexual" es 5,12 o 15		
Acciones en salud Atención en salud mental	AC_MENTAL	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3		
Acciones en salud Remisión a	REMIT_PROT	1 Texto	1= Si 2= No	SI		
Acciones en salud Informe a la Autoridad competente	INF_AUT	1 Texto	1= Si 2= No	SI		
Recolección de evidencia médica legal	EVI_MLEGAL	1 Texto	1= Si 2= No	NDICION Dependiente de "Violencia sexual" en opciones 6, 7, 10, 14 y 15		
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1 Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Violencia sexual	NAT_VIOSEX	2	Texto	5 = Acoso sexual 6 = Acceso carnal 7 = Explotación sexual 10 = Trata de personas 12= Actos sexuales 14 = Otras violencias sexuales 15 = Mutilación Genital	NO	
Orientación sexual	ORIENT_SEX	2	Texto	1 = Homosexual 2 = Bisexual 5 = Heterosexual 6 = Asexual	SI	
Identidad de Género	IDENT_GENE	2	Texto	1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Transgénero	SI	

**Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (Cod. 875)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia	AMBITO_LUG	2	Texto	1 = Escolar 2 = Laboral 3 = Institucional 4 = Virtual 5 = Comunitario 6 = Hogar 7 = Otros ámbitos	Si	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Lesiones encontradas Laceración	LACERACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Contusión	CONTUSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Quemadura	QUEMADURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Quemadura - cara	QUE_CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - cuello	QUE_CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Lesiones encontradas Quemadura - mano	QUE_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - pie	QUE_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - pliegues (axila, antecubital, popliteo etc)	QUE_PLIEGU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - región genital	QUE_GENITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - tronco	QUE_TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro superior (excluye mano)	QUE_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro inferior (excluye pie)	QUE_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
En caso de quemadura, clasificación del grado	CLA_GRA	1	Texto	1 = Primer grado 2 = Segundo grado 3 = Tercer grado	NDICION	Depende de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=sí
En caso de quemadura clasificación de la extensión	EXT_QUE	1	Texto	1 = menor o igual a 5% 2 = 6%-14% 3 = mayor o igual a 15%	NDICION	Depende de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=si
Lesiones encontradas Amputación	AMPUTACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Amputación - dedos de la mano	AMP_DEDMAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
Lesiones encontradas Amputación - mano	AMP_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - antebrazo	AMP_ANTEBR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - brazo	AMP_BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - muslo	AMP_MUSLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pierna	AMP_PIERNA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pie	AMP_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - dedos del pie	AMP_DEDPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Daño ocular	DAÑ_OCU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Daño auditivo	DAÑ_AUD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Fracturas	FRACTURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fracturas Huesos del cráneo	FRA_CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Huesos de la mano	FRA_HUEMAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fracturas huesos del pie	FRA_HUEPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas reja costal	FRA_REJA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Lesiones encontradas Vía aérea	VIA_AER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Abdomen	ABDOMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lesiones encontradas Otro	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
¿Cuál otra lesión?	CUAL	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Lesiones encontradas Otro", en opción 1
Tipo de artefacto que produjo la lesión	ARTEF_LESI	1	Texto	1 = Artefactos pirotécnicos 2 = Mina antipersonal 3 = Municiones sin explosionar	SI	
Tipo de artefacto pirotécnico	ARTEFACTO	2	Texto	1 = Cohetes 2 = Globos 3 = Pito 4 = Totes 5 = Volcanes 6 = Voladores 7 = Luces de bengala 8 = Juegos pirotécnicos para exhibiciones y eventos 9 = Sin dato 10 = Otro	NDICION	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1
¿Cuál otro artefacto pirotécnico?	OTR_ART_PI	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Tipo de artefacto pirotécnico", en opción 10

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas previamente a la lesión por pólvora Lesionado	CON_ALC_1E	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos	
Si es menor de edad, hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas previamente a la lesión por pólvora de los adultos acompañantes	CON_ALC_AC	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Aplica solo si el paciente es menor de edad y "Tipo de artefacto que produjo la lesión" es 1	
Lugar del evento	LUG_OCU	1 Texto	1 = Vivienda 2 = Vía pública 3 = Parque público 4 = Lugar de trabajo 5 = Zona rural 6 = Sin dato 7 = Otro	SI		
Actividad en que se presentó el evento - pólvora pirotécnica	ACT_POLVOR	1 Texto	1 = Almacenamiento 2 = Transporte 3 = Fabricación 4 = Manipulación 5 = Venta 6 = Observador 7 = Otro	NDICION	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos	
¿Cuál otra actividad?	OTR_AC_POL	30 Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Actividad en que se presentó el evento - pólvora pirotécnica" , en opción 7	
Actividad en que se presentó el evento - artefactos explosivos, minas antipersonal y municiones sin explosionar	ACT_MINAS	1 Texto	1 = Transito 2 = Contacto 3 = Actividades de desminado 4 = Actividades de erradicación de cultivos 5 = Otro	NDICION	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opciones 2,3	

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Cuál otra actividad?	OTR_AC_MIN	30	Texto	Texto		NDICION Dependiente de "Actividad en que se presentó el evento - minas antipersonal, municiones sin explosionar y artefactos explosivos" en opción 5
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo 6 = Descartado Epidemiológico. 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fracturas Miembro superior (excluye manos)	FRA_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas columna	FRA_COLUMN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1

**Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fracturas cadera	FRA_CADERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Miembro inferior (excluye pies)	FRA_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guion) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tiempo en la residencia actual	T_EN_RESID	1	Texto	1= Menor 5 años 2 = Entre 5 y 15 años 3 = 15 años y más	SI	
Historia de cirugía de tricuiasis previa	TRIQ_PREVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál ojo?	OJO_CIRUGI	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de "Historia de cirugía de tricuiasis previa" en opción 1=Sí
Ojo derecho ¿Cuál párpado?	PAR_OJODER	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de "Cuál ojo?" en opción 1 o 3

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ojo izquierdo ¿Cuál párpado?	PAR_OJOIZQ	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de "Cuál ojo?" en opción 2 o 3
Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal	CIC_MUCOSA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal - cuál ojo?	CIC_MUC_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de "Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal" en opción 1=sí
Evidencia de depilación párpado	DEP_PARSUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?	DEP_PS_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si
Evidencia de depilación párpado superior - Ojo derecho	PEST_PS_OD	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si
						Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho 0 3 = Ambos



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Evidencia de depilación párpado superior - Ojo izquierdo	PEST_PS_OI	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	"evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable
Evidencia de depilación párpado inferior - Ojo izquierdo	DEP_PARINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	"Evidencia depilación párpado superior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?	DEP_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	"Evidencia depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 1 = Si
Evidencia de depilación párpado inferior - Ojo derecho	PEST_PI_OD	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	"evidencia depilación párpado inferior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable
Evidencia de depilación párpado inferior - Ojo izquierdo	PEST_PI_OI	1	Texto	0 = No hay evidencia 1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	"Evidencia depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?	PEST_GO_PS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - cuál ojo?	PEGO_PS_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado superior - ojo derecho	PEGO_PS_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado superior - ojo izquierdo	PEGO_PS_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si
¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?	PEST_GO_PI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?	PEGO_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado inferior - ojo derecho	PEGO_PI_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
Número de Pestañas en contacto con el globo ocular, párpado inferior - ojo izquierdo	PEGO_PI_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
¿Pestañas tocando la córnea?	PESTCORNEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?	PES_COR_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NDICION	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de Pestañas tocando la córnea - ojo derecho	PES_COR_OD	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
Número de Pestañas tocando la córnea - ojo izquierdo	PES_COR_OI	1	Texto	1 = 1 a 5 pestañas 2 = 6 a 10 pestañas 3 = 11 a 20 pestañas 4 = Más de 20	NDICION	Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas tocando la córnea - cuál ojo?" opción 2 =izquierdo o 3 = Ambos
Opacidad Corneal	OPC_CORNEA	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Engrosamiento del párpado	ENG_PARPAD	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Pestañas mal posicionadas	PES_MALPOS	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Sensación de Cuerpo Extraño	CUERPO_EXT	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fotofobia	FOTOFOBIA	1	Texto	1 = Ojo derecho 2 = Ojo izquierdo 3 = Ambos 4 = No presenta	SI	
Medida de Agudeza Visual - ojo derecho	AGUDEZA_OD	6	Texto	Texto	SI	El valor del numerador es 20, siendo fijo; y el denominador va desde el 20 al 200
Medida de Agudeza Visual - ojo izquierdo	AGUDEZA_OI	6	Texto	Texto	SI	El valor del numerador es 20, siendo fijo; y el denominador va desde el 20 al 200
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	

**Tracoma (Cod. 305)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

### Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de agente bacteriano	TIPO_AGENT	1	Texto	1 = Haemophilus influenzae 2 = Neisseria meningitidis 3 = Streptococcus pneumoniae 4 = Otros agentes bacterianos 5 = Agente sin determinar	SI	
Vacuna anti Hib	ANT_HIB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti Hib	DOSIS_HIB	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-3)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí

**Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Última dosis anti Hib	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Si La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Vacuna anti meningococo	MENINGOCOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti meningococo	DOS_MEN	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-2)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio
Última dosis anti meningococo	ULT_MEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti meningococo" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Vacuna anti neumococo	NEUMOCOCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Dosis anti neumococo	DOS_NEU	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-2)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio
Última dosis anti neumococo	ULT_NEU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna anti neumococo" en opción 1 = Sí, si es así, este campo es obligatorio La variable admite valores superiores a la fecha de la primera dosis de la vacuna
Uso antibióticos la última semana	USO_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha ultima dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Uso antibióticos la última semana" en opción 1 = Sí, si así es, este campo es obligatorio
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Clasificación final de casos de enfermedad meningocócica	CLAS_FINAL	1	Texto	1 = Meningitis 2 = Meningitis con meningoccocemia 3 = Meningoccocemia sin meningitis	NDICION	Dependiente de "Tipo de agente bacteriano" en opción 2
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	

**Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del país de procedencia	NPAlS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAlS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	Se calcula a partir de la fecha de consulta
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación (paciente)	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	Pacientes menores de 18 años, no debe permitir el ingreso de: CC o AS.
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Cáncer	TIP0_CA	2	Texto	1 = Leucemia Linfoidé Aguda 2 = Leucemia Mieloide Aguda 3 = Otras Leucemias 4 = Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales 5 = Tumores del sistema nervioso central 6 = Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas 7 = Retinoblastoma 8 = Tumores Renales 9= Tumores Hepáticos 10 = Tumores Óseos malignos 11 = Sarcomas de tejidos blandos y extraóseos 12 = Tumores germinales, trofoblásticos, y otros gonadales 13 = Tumores epiteliales malignos y melanoma 14 = Otras neoplasias malignas no especificadas	Si	
Consulta actual por segunda neoplasia	CONSX2_NEO	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Recaída	RECAIDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Criterio de diagnóstico probable	CRIT_DX_PR	1	Texto	1 = Extendido de sangre periférica 2 = Radiología diagnóstica 3 = Gammagrafía 4 = Marcadores tumorales 5 = Clínica sin otra ayuda diagnóstica	SI	
Fecha de toma	FEC_TOMADP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Criterio de diagnóstico probable" en opción diferente 5
Fecha de resultado	FEC_RES_DP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Criterio de diagnóstico probable" en opción diferente 5
Criterio de confirmación del diagnóstico	CRIT_DX_DE	1	Texto	1 = Mielograma 2 = Histopatología o citología de fluido corporal 3 = Inmunotipificación 4 = Criterio médico especializado 5 = Certificado de defunción 7 = Citogenética 8 = Radiología diagnóstica	NDICION	Aplica a solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de toma	FEC_TOMADD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6
Fecha de resultado	FEC_RES_DD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Criterio de confirmación del diagnóstico" en opción diferente de 4 y de 5
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmador por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Cáncer en menores de 18 años (Cod.115)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	NDICION  Habilitada solo cuando se notifique una recálida, segundo tumor o muerte por cáncer
Fecha en la que diagnosticó por primera vez la enfermedad	FEC_DIAG1A	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	
Fecha de inicio del tratamiento	FEC_INITRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vigilancia activa	VIG_ACTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sintomático	SINTOMATIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación del caso según origen	CLAS_CASO	1	Texto	1 = Autóctono 2 = Importado	SI	
Recurrencia	RECRUDECE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trimestre de gestación	TRIMESTRE	1	Texto	1 = Primer trimestre 2 = segundo trimestre 3 = Tercer trimestre	NDICION	Depende de la variable Grupo poblacional - gestante de datos básicos en la opción 1 = sí

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tratamiento antimalárico suministrado	TRATAMIENT	2	Texto	2 = CLOROQUINA + PRIMAQUINA 3 = CLOROQUINA 5 = QUININA ORAL 6 = QUININA INTRAVENOSA 7 = ARTESUNATO INTRAVENOSO 8 = OTRO 9 = ARTESUNATO RECTAL 10 = QUININA ORAL + CLINDAMICINA + PRIMAQUINA 11 = QUININA ORAL + DOXICICLINA + PRIMAQUINA 12 = ARTHEMETER + LUMEFANTRIN E + PRIMAQUINA (14 días) 13 = QUININA INTRAVENOSO + CLINDAMICINA 14 = QUININA INTRAVENOSO + DOXICICLINA 15 = QUININA ORAL + CLINDAMICINA 16 = SIN TRATAMIENTO 17 = ARTHEMETER + LUMEFANTRIN E + PRIMAQUINA (dosis única)	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de inicio de tratamiento	F_INI_TREAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Mayor o igual a la fecha de inicio de síntomas, a la fecha de consulta y a la fecha de notificación
Tipo de examen	TIPOEXAMEN	4	Texto	GG PDR PCR	SI	
Valor Recuento	RECUENTO	10	Numérico	>=16	NDICION	Dependiente de "Tipo de examen" en valor GG; en cuyo caso es obligatoria.
Gametocitos	GAMETOCITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicación?	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Complicación cerebral	COM_CEREBR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación renal	COM_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hepática	COM_HEPATI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación pulmonar	COM_PULMON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hematológica	COM_HEMATO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación Otras	COM_OTRAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Especie de Plasmodium	ESP_PLA	1	Texto	1 = P. Vivax 2 = P. Falciparum 3 = P. Malaria 4 = Infección mixta	SI	

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Responsable del diagnóstico	RESP_DIAG	30	Texto	Texto	SI	
Fecha de resultado	FEC_RESULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIMGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Malaria (Cod. 465)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento	DESPLAZAMI	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Desplazamiento últimos quince días - Ciudad 1 - Código	CODMUNI	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos quince días
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Desplazamiento últimos quince días - País - Código	DESPLA_CODPA	10	Texto		NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos quince días

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Grupo de sustancias	GRUPO_SUST	1	Texto	1 = medicamentos 2 = plaguicidas 3 = metanol 4 = metales pesados 5 = solventes 6 = otras sustancias químicas 7 = gases 8 = sustancias	SI	
Código del producto	COD_SUST	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Nombre del Producto	NOM_PRO	254	Texto	Nombre químico del producto que produjo la intoxicación.	NDICION	Dependiente de "Código del producto" en opción 9999=Otras

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Exposición	TIP_EXP	2	Texto	1 = Ocupacional 2 = Accidental 4 = Posible homicida 6 = Posible delictivo 8 = Desconocida 9 = Intencional psicoactivo/Adicción 10 = Automedicación/autoprescripción 11 = Suicidio 12 = Aspersión	NDICION	La opción 6 solo aplican para las intoxicaciones por sustancias psicoactivas, medicamentos y otras sustancias químicas
Lugar donde se produjo la intoxicación	LUGAR_EXP	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Establecimiento comercial 5 = Establecimiento penitenciario 6 = Lugar de trabajo 7 = Vía pública 8 = Bares/Tabernas/Discotecas	SI	
Fecha de exposición	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Hora	HOR_EXP	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	Tiene que utilizar el formato de la hora militar

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vía de Exposición	VIA_EXP	1	Texto	1 = Respiratoria 2 = Oral 3 = Dérmitica/Mucosas 4 = Ocular 5 = Desconocida 6 = Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitoneal) 8 = Transplacentaria	SI	
Escolaridad	ESCOLARIDA	2	Texto	1 = PREESCOLAR 2 = BÁSICA PRIMARIA 3 = BÁSICA SECUNDARIA 4 = MEDIA ACADÉMICA O CLÁSICA 5 = MEDIA TÉCNICA 6 = NORMALISTA 7 = TÉCNICA PROFESIONAL 8 = TECNOLOGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMACIÓN	SI	
Afiliado a A.R.P.	AFI_ARP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Código Administradora Riesgos Profesionales ARP	COD_ARP	6	Texto	Código Administradora Riesgos Profesionales	NDICION	Dependiente de "Afiliado a A.R.P.", en opción 1=Si
Estado Civil	EST_CIV	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión Libre 4 = Viudo 5 = Divorciado	SI	

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
El caso hace parte de un brote	PART_E_BROT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de casos de este brote	NUM_CAS_BR	7	Texto	Cantidad de casos del brote	NDICION	Dependiente de "El caso hace parte de un brote" en opción 1 = Sí.
Situación de alerta	SIT_ALE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Si "Gestantes" es 1 en datos básicos, este campo debe ser 1
Se tomaron muestras de toxicología	MUEST_TOXI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de muestras solicitada	TIPO_MUEST	2	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 13 = Suero 15 = Alimentos 17 = Agua 18 = Vómito 23 = Cabello 25 = Bebida alcohólica 26 = Sedimentos 27 = Suelo 28 = Aire 29 = Envase/Empaque 30 = Otro 32 =	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1 = Sí
Prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Resultado de la prueba toxicológica	RESULT_PRU	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Fecha investigación epidemiológica brote	FEC_INV_BR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "El caso hace parte de un brote" en opción 1 = sí

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	

**Intoxicaciones (Cod. 365)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Sí	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Sí	
Clasificación de la sustancia intoxicante	CLASIFICAC	225	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Categoría de la sustancia intoxicante	CATEGORIA	225	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí

**Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	
Código de la enfermedad	COD_ENFERM	5	Texto	Según tabla de referencia	Si	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel educativo	NIVEL_EDUC	2	Texto	1 = Preescolar 2 = Básica Primaria 3 = Básica Secundaria 4 = Media Académica o Clásica 5 = Media Técnica Bachillerato Técnico 6 = Normalista 7 = Técnica Profesional 8 = Tecnológica 9 = Profesional 10 = Especialización 11 = Maestría 12 = Doctorado 13 = Ninguno	SI	
Trabajador urbano	TRAB_URBAN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trabajador rural	TRAB_RURAL	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Jóvenes vulnerables rurales	JOV_VUL_RU	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Jóvenes vulnerables urbanos	JOV_VUL.UR	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - el sistema nervioso	DIS_SISNER	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - los ojos	DIS_OJOS	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - los oídos	DIS_OIDOS	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	DIS_OTRSEN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - la voz y el habla	DIS_VOZHAB	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado - el sistema cardiorrespiratorio y las defensas	DIS_CARDIO	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Discapacitado – la digestión, el metabolismo, las hormonas	DIS_DIGEST	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el sistema genital y reproductivo	DIS_SISGEN	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	DIS_MOVIMI	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la piel	DIS_PIEL	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – otra	DIS_OTRA	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
No definido	NO_DEFINID	2 Texto	Text	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de diagnóstico de la enfermedad	FEC_DIAGNO	10 Fecha	Text	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	Debe ser menor o igual a la fecha de notificación
Cuál prueba confirmatoria?	PRUEBA_LAB	100 Texto	Text		NDICION	Solo aplica si en datos básicos la clasificación inicial del caso o el ajuste es "Confirmado por laboratorio"
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1 Texto	Text	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resolución 2015	ID_RESOLUCION	200	Texto		NO	
Nombre de la prueba de laboratorio	NOMBRE_PRUEB	100	Texto		NO	Según el código de la prueba de laboratorio

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		1 = Número del documento señalado.	Si	
Tipo de procedimiento	CONTE_PROC	1 Texto		1 = Electiva 2 = Emergencia	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opción diferente de 4
Procedimiento quirúrgico realizado	PROCEDIMIE	1 Texto		1 = Cesárea 2 = Hemiorrafia 3 = Parto vaginal 4 = Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante 5 = Colectomía	Si	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del procedimiento quirúrgico	FEC_PROC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Clasificación de asa	CLASIF_ASA	1	Texto	1 = ASA I 2 = ASA II 3 = ASA III 4 = ASA IV 5 = ASA V	NDICION	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 1, 2, 4 o 5 Dependiente de "Detección de la infección" en opciones 1, 2 o 3
Tipo de herida	TIPOHERIDA	1	Texto	1 = Limpia 2 = Limpia contaminada	NDICION	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 1, 2, 4 o 5 Dependiente de "Detección de la infección" en opciones 1, 2 o 3
Profilaxis antibiótica quirúrgica	PRF_ANTIB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opción diferente de 4
Cual antibiótico?	CUAL_ANTBI	180	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Si
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Primaria	SUP_PRIMAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Superficial Secundaria	SUP_SECUND	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda primaria	PROF_PRIMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Profunda secundaria	PROF_SECUN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Organo espacio	ORG_ESPACI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA última versión o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre de la Institución donde se realizo el procedimiento quirúrgico	INST_PROCE	50	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opción 4
Duración del procedimiento quirúrgico en minutos	DUR_PROC_M	4	Numérico	>=1	NDICION	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 1, 2, 4 o 5
Tiempo en que se administró antibiótico con relación a la atención de parto o procedimiento quirúrgico	TIEM_ENTRE	1	Texto	1 = Menor de 30 minutos 2= 30 a 60 minutos 3= Mayor de 60 minutos	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opciones 1, 2 o 3
Código CUPS del procedimiento	CUPS_PROCE	6	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Tiempo de duración del Trabajo de Parto en minutos	TIEMPO_PAR	4	Texto	Numérico	NDICION	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 1 o 3 en cuyo caso es obligatoria

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo de ruptura de membranas en minutos	TIEMPO_RUP	4	Texto	>=0 AND <= 2880	NDICION	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 1 ó 3 en cuyo caso es obligatoria
Diabetes mellitus	DIABET_MEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opción diferente de 4
Peso en kilogramos	PESO	5	Numérico	>=1.0 AND <=350.0	NDICION	3 enteros y 1 decimal
Talla	TALLA	4	Numérico	>=0.30 AND <= 2.50	NDICION	Dependiente de "Detección de la infección" en opción diferente de 4
Órgano/espacio afectado	ORG_ESP_AF	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Clasificación de Infección de sitio Quirúrgico por localización anatómica - Órgano espacio" en opción 1=Sí

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Detección de la infección	DETEC_INFE	1	Texto	1 = Periodo postoperatorio o postparto de la admisión, 2 = Vigilancia posterior al alta, 3 = Readmisión a la institución donde se realizó el procedimiento o la atención del parto, 4 = Readmisión a una institución distinta de donde se realizó el procedimiento o la atención del parto	SI	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico (Cod. 352)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de creación o última actualización	FECHA_HORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Fecha de recepción	FEC_REC	10	Fecha		NO	
Nombre del agente	NOMBRE_AGENT	50	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Fecha de exposición	FEC_EXP	10	fecha		NO	
Resultado de la prueba	RESULTADO	1	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Muestra para la prueba de laboratorio	MUESTRA	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Código de la prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Agente	AGENTE	4	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	
Valor del resultado de la muestra	VALOR		Numérico		NO	
Fecha del examen	FEC_EXA	10	fecha		NO	
Nit de la UPGD	NIT_UPGD	12	Texto		SI	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Estado civil	ESTADO_CIV	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Separado 5 = Viudo	SI	
Intentos previos	INTEN_PREV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de Intentos Previos	INTENTOS	1	Texto	1 = una vez 2 = dos veces 3 = tres veces 4 = más de tres veces 99 = Sin Dato	NDICION	Dependiente de "Intentos previos" en opción 1=Sí
Antecedente de situaciones estresantes - Muerte de un familiar	MUERTE_FAAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Problemas legales o sociales	PROB_LEGAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Conflictos recientes con la pareja	PROB_PAREJ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Consumo SPA	PROB_CONSU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Antecedente de trastorno psiquiátrico	ANTEC_TRAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Antecedentes familiares de conducta suicida	HIST_FAMIL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Ideación suicida persistente	IDEA_SUICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante	ENFER_GRAV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Problemas económicos	PROB_ECONO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Trastorno Depresivo	TRAN_DEPRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Trastornos bipolar	TRANS_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Esquizofrenia	ESQUIZOFRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Abuso o dependencia del alcohol	ABUSO_ALCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Ahorcamiento o asfixia	AHORCAMIEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Elemento corto punzante	ARMA_CORTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Lanzamiento al vacío	LANZ_VACIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Lanzamiento a Vehículo	LANZ_VEHIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Arma de Fuego	ARMA_FUEGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Intoxicación / envenenamiento	INTOXICACI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de sustancia	TIPO_SUSTA	2	Texto	1 = medicamentos 2 = plaguicidas 3 = metanol 4 = metales 5 = solventes 6 = otras sustancias químicas 7 = gases 8 = sustancias psicoactivas	NDICION	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento?" en opción 1=Si
Remision Psiquiatría	PSIQUIATRI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remision psicología	PSICOLOGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remision trabajo social	TRAB_SOCIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fecha de ocurrencia	FEC_OCURR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Escolaridad	ESCOLARIDAD	2	Texto	1 = PREESCOLAR 2 = BÁSICA PRIMARIA 3 = BÁSICA SECUNDARIA 5 = MEDIA TÉCNICA 7 = TÉCNICA PROFESIONAL 8 = TECNOLOGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMACION	SI	
Suicidio familiar o amigo	SUICID_FAMILIAR_A	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Problemas laborales	PROB_LABOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Trastornos de la personalidad	TRAST_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 0 No		NDICION Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=SI
Lanzamiento cuerpo de agua	LANZ_AQUA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Maltrato físico, psicológico o sexual	MALTR_FPS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antecedentes de violencia o abuso	ANTEC_V_A	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmolación	INMOLACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Escolar / Educativa	ESCO_EDUC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Plan organizado de suicido	PLAN_SUICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Vía de exposición	VIA_EXPOSI	1	Texto	1 = Respiratoria 2 = Oral 3 = Dérmica/mucosa 4 = Ocular 5 = Desconocida 6 = Parenteral (intramuscular,intravenosas,subcutanea,intrapertoenoal) 7 = transplacentaria	NDICION	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=si
Código del producto	COD_SUST	4	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=si
Nombre del Producto	NOM_PRO	254	Texto	Nombre químico del producto que produjo la intoxicación.	NDICION	Dependiente de "Código del producto"
Lugar donde se produjo la intoxicación	LUGAR_INTO	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Establecimiento comercial 5 = Establecimiento penitenciario 6 = Lugar de trabajo 7 = Vía pública / parque 8 = Bares/ tabernas / discotecas	NDICION	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=si
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o superior ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación 3 = Digitado con SIVIGILA 2018 o superior ya fue transformado	NDICION	Para uso interno



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Intento de Suicidio (Cod. 356)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Problemas familiares	PROB_FAMILY	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Nombre del evento de salud	NOM_EVENTO	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROC	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROC	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROC	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHA_HORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Clasificación de la sustancia intoxicante	CLASIFICACION	225	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Código del producto"
Categoría de la sustancia intoxicante	CATEGORIA	225	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Código del producto"

**Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Tipo de cáncer	TIPO_CANCE	1	Texto	1 = Cáncer 2 = Cuello uterino 3 = ambos	SI	
Fecha procedimiento confirmación diagnóstica	FEC_PRO_CO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 1 o 3
Fecha resultado confirmación diagnóstica	FEC_RES_BI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 1 o 3

**Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado biopsia	RES_BIOPSI9	1	Texto	1 = Carcinoma Ductal 2 = Carcinoma lobular	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 1 o 3
Grado histopatológico	GRAD_HIUTO	1	Texto	1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 1 o 3
Fecha toma muestra biopsia de exocervix y zona de transformación	FEC_TOMA_E	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 2 o 3
Fecha resultado biopsia exocervis	FEC_RES_EX	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 2 o 3
Seguimiento tratamiento inicial del tumor	SEG_TRAT_I	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Seguimiento fecha inicio tratamiento	FCH_SEG_TR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Resultado de la biopsia	RES_BIOPSI	1	Texto	1 = LEI-AG-NICIII /In situ 2 = Carcinoma escamocelular 3 = Adenocarcinoma o mixtos	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 2 o 3
Grado histopatológico	GRAD_HI_CU	1	Texto	1 = In situ 2 = Invasor /Infiltrante (Figo I/A o IB2) 3 = Invasor /Infiltrante (Figo mayor o igual que IB3) 4 = No indicado	NDICION	Aplica solo si "Tipo de cáncer" es 2 o 3
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	

**Cáncer de la mama y cuello uterino (Cod. 155)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Sí	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	Sí	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	Sí	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Sí	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Sí	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Sí	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mes	MES	2	Texto	>=1 AND <=12	SI	Este mes no debe aparecer de forma automática cuando se diligencie la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Año	AÑO	4	Texto	>=2011	SI	Este año no debe aparecer de forma automática cuando se digite la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001. Incluye los códigos de las unidades notificadoras municipales, departamentales	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en el mes
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
No. de servicios UCI/A vigiladas en el mes	SER_UCI_A	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas UCI/A vigiladas en el mes	CAM_UCI_A	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCI/A	DIA_PAC_A	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos - UCI/A	N_IT SAC_A	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días dispositivo - UCI/A	D_IT SAC_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCI/A	N_ISTUA_A	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo . - UCI/A	D_ISTUA_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI/A	N_NAV_A	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI/A	D_NAV_A	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. de servicios UCI/P vigiladas en el mes	SER_UCI_P	2	Texto	>=1 AND <= 99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. de camas UCII/P vigiladas en el mes	CAM_UCI_P	3	Texto	>=1 AND <= 999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCII/P	DIA_PAC_P	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos - UCII/P	N_ITSAC_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días dispositivo - UCII/P	D_ITSAC_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
ISTUAC. No. Casos nuevos - UCII/P	N_ISTUA_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
ISTUAC. No. Días dispositivo . - UCII/P	D_ISTUA_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCII/P	N_NAV_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCII/P	D_NAV_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. De servicios UCII/N vigiladas en el mes	SER_UCI_N	2	Texto	>=1 AND <=99	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. de camas de UCII/N vigiladas en el mes	CAM_UCI_N	3	Texto	>=1 AND <=999	NO	El número reportado no debe ser mayor al reportado en la caracterización
No. Días paciente - UCII/N	DIA_PAC_N	4	Texto	>=1 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
IT SAC. No. Casos nuevos(2). UCIN (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(2) (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(2). UCIN (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(5). UCIN (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(5). UCIN (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
IT SAC. No. Días paciente(5). UCIN (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días catéter central(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(1). UCIN (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(2). UCIN (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días catéter central(2). UCIN (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_C2_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(2). UCIN (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_D_P2_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_C_N3_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días catéter central(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_C3_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(3). UCIN (Peso al nacer 1001 g a 1500 g)	N_D_P3_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_C_N4_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
NAV. No. Días catéter central(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(4). UCI N (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días catéter central(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - colectivo (Cod. 359)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mes	MES	2	Texto	>=1 AND <=12	SI	Este mes no debe aparecer de forma automática cuando se diligencie la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Año	AÑO	4	Texto	>=2011	SI	Este año no debe aparecer de forma automática cuando se digite la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001. Incluye los códigos de las unidades notificadoras municipales, departamentale	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	



**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Consecutivo	NUM_CON	4	Texto	Numérico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en el mes
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Tipo servicio/unidad vigilada	TIPOS_VIGI	1	Texto	1 = UCI 2 = Servicios de hospitalización 3 = Ambos	SI	
No. total de camas de los servicios UCI/- A	T_CAM_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama ocupada de los servicios UCI-A	T_DCO_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama disponible de los servicios UCI-A	T_DCD_UCIA	5	Texto	>=1	NO	
Proporción de ocupación de UCI-A	PRO_O_UCIA	6	Texto	>=0.00 AND <=1.00	NO	Campo calculado del total días cama ocupada / total de días disponible
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftriaxona) - UCI-A	G_CEF_UCIA	6	Texto	>=0.00	NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
DDD por 100 cama día (Ceftriaxona) - UCI-A	DDD_CEF_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Meropenem) - UCI-A	G_MER_UCIA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Meropenem) - UCI-A	DDD_MER_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 3) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Piperacilina/tazobactam) - UCI-A	G_PIP_UCIA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Piperacilina / tazobactam) - UCI-A	DDD_PIP_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	(# de gramos consumidos mes / 14) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Vancomicina) - UCI-A	G_VAN_UCIA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Vancomicina) - UCI-A	DDD_VAN_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de días-cama ocupada de los servicios SH-A	T_CAM_SHA	5	Texto	>=1	NO	
No. Total de días-cama ocupada de los servicios SH-A	T_DCO_SHA	5	Texto	>=1	NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. Total de días-cama disponible de los servicios SH-A	T_DCD_SHA	5 Texto	>=1		NO	
Proporción de ocupación de SH-A	PRO_O_SHA	6 Texto	>=0.00 AND <=1.00		NO	Campo calculado del total días cama ocupada / total de días disponible
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftriaxona) - SH-A	G_CEF_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Ceftriaxona) - SH-A	DDD_CEF_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /2 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	G_CIIPP_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	DDD_CIIPP_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /0,8 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupacion)
No. Total de gramos consumidos en el mes(Ciprofloxacina enteral) - SH-A	G_CIPE_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día a (Ciprofloxacina enteral) - SH-A	DDD_CIPE_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /1 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Meropenem) - SH-A	G_MER_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
DDD por 100 cama día (Meropenem) - SH-A	DDD_MER_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 3) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Piperacilina) _ SH-A	G_PIP_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Piperacilina) - SH-A	DDD_PIP_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	(# de gramos consumidos mes / 14) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Vancomicina) - SH-A	G_VAN_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Vancomicina) - SH-A	DDD_VAN_S	6 Texto	>=0 AND <=150		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1 Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clinica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion		NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
No. total de gramos consumidos en el mes (ertapenem) - SH-A	G_ERT_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (ertapenem) - SH-A	DDD_ERT_S	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupación)
No. total de gramos consumidos en el mes (cefepime) - SH-A	G_CEEFEE_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (cefepime) - SH-A	DDD_CEEFE_S	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 4) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupación)
No. total de gramos consumidos en el mes (ertapenem) - UCI-A	G_ERT_UCIA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (ertapenem) - UCI-A	DDD_ERT_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporción de ocupación)

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
No. total de gramos consumidos en el mes (cefepime) - UCI-A	G_CEEFE_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (cefepime) - UCI-A	DDD_CEEFE_A	6	Texto	>=0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /4 ) (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftazídima avibactam) - UCI-A	G_CEFT_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Ceftazídima avibactam) - UCI-A	DDD_CEFTE_A	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /6 ) (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Oxacilina) - UCI-A	G_OXAC_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Oxacilina) - UCI-A	DDD_OXAC_A	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /2 ) (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Gentamicina) - UCI-A	G_GENT_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Gentamicina) - UCI-A	DDD_GENT_A	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /0.24 ) (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Linezolid) - UCI-A	G_LINE_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
DDD por 100 cama día (Linezolid) - UCI-	DDD_LINE_A	6 Texto	>=0		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1.2 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftazídima avibactam) - SH-A	G_CEFT_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Ceftazídima avibactam) - SH-A	DDD_CEFT_S	6 Texto	>=0		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /6 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ampicilina sulfactam) - SH-A	G_AMPL_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Ampicilina sulfactam) - SH-A	DDD_AMPL_S	6 Texto	>=0		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /6 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Oxacilina) - SH-A	G_OXAC_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	
DDD por 100 cama día (Oxacilina) - SH-	DDD_OXAC_S	6 Texto	>=0		NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /2 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Amoxacilina + ácido clavulánico) - SH-A	G_AMOX_SHA	6 Texto	>=0.00		NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
DDD por 100 cama día (Amoxacilina + ácido clavulánico) - SH-A	DDD_AMOX_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 3) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Amikacina) - SH-A	G_AMIK_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Amikacina) - SH-A	DDD_AMIK_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /1) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Gentamicina) - SH-A	G_GENT_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Gentamicina) - SH-A	DDD_GENT_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /0.24 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Trimetoprima + sulfametoxzazol) - SH-A	G_TRIM_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Trimetoprima + sulfametoxzazol) - SH-A	DDD_TRIM_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes /4.4 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Linezolid) - SH-A	G_LINE_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	

**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

<b>NOMBRE LÓGICO</b>	<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>LONG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALORES PERMITIDOS</b>	<b>OBLIG</b>	<b>VALIDACIÓN</b>
DDD por 100 cama día (Linezolid) - SH-A	DDD_LINE_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1.2 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Doripenem) - UCI-A	G_DORI_UCI	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Doripenem) - UCI-A	DDD_DORI_A	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1.5 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Doripenem) - SH-A	G_DORI_SHA	6	Texto	>=0.00	NO	
DDD por 100 cama día (Doripenem) - SH-A	DDD_DORI_S	6	Texto	>=0	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 1.5 ) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nit UPGD	NIT_UPGD	12	Texto		SI	
Total camas servicio hospitalización adultos	TT_CAM_SHA	6	Numérico	>=0.00	NDICION	
Suma las siguiente variables : (Adddd_cipp_s)+val(Adddd_cipe_s)	SUMDDDCIPROF	6	Numérico	>=0.00	NDICION	



**Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (Cod. 354)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Promedio de camas para el servicio hospitalario de adultos	PMD_CAM_SHA	6	Numérico	>=0.00		NDICION

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Sitio de defunción	SIT_DEFUNC	1	Texto	1 = Hospital/Clínica 2 = Centro/Puesto de salud 3 = Casa/Domicilio 4 = Lugar de trabajo 5 = Vía pública 6 = Otro sitio 9 = Sin información	SI	
Nombre de la madre	NOM_MADRE	50	Texto	Texto	SI	
Apellidos de la madre	APEL_MADRE	50	Texto	Texto	SI	

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de identificación madre	TIP_IDE_MA	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identidad. PE = Permiso Especial de Permanencia CD = Carné diplomático SC = Salvoconductor de permanencia DE = Documento Extranjero PT = Permiso por Protección Temporal	SI	
Número identificación de la madre	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Edad de la madre en años	EDAD_MADRE	2	Numérico	>= 10 AND <=60	SI	
Número de Hijos Nacidos vivos de la madre	NUM_HI_VIV	2	Numérico	>=0 AND <=20	SI	
Número de Hijos Nacidos muertos de la madre	NUM_HI_MUE	2	Numérico	>= 1 AND <=20	SI	

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado Conyugal de la madre	EST_CONYUG	1	Texto	1 = No está casada y lleva dos o más años viviendo con pareja 2 = No está casada y lleva menos de dos años viviendo con pareja 3 = Está divorciada 4 = Está viuda 5 = Está soltera 6 = Está casada 9 = Sin información	SI	
Último año de estudios que aprobo la madre	ULT_AÑO_ES	2	Numérico	>=0 AND <=11	SI	
Como determino la causa de la muerte - mecanismo 1	MECANISMO1	1	Texto	1 = Necropsia	NO	
Como determino la causa de la muerte - mecanismo 2	MECANISMO2	1	Texto	2 = Historia clínica	NO	
Como determino la causa de la muerte - mecanismo 3	MECANISMO3	1	Texto	3 = Pruebas de laboratorio	NO	
Como determino la causa de la muerte - mecanismo 4	MECANISMO4	1	Texto	4 = Interrogatorio a familiares o testigos	NO	
Recibio Asistencia durante el proceso que lo llevo a la muerte	ASIS_MEDIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Ignorado	SI	
Causa directa A	C_DIRECT_A	100	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente b	C_ANTECB	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente c	C_ANTECC	100	Texto	Texto	NO	

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Causa antecedente d	C_ANTECD	100	Texto	Texto	NO	
Otros estados patológicos	OTR_PATOL	100	Texto	Texto	NO	
Causa probable de muerte sin certificación médica	CAU_PR_SCM	100	Texto	Texto	NO	
Clasificación del caso según unidad de análisis	CLAS_CASO	1	Texto	1 = Muerte por DNT 2 = Muerte por IRA 3 = Muerte por EDA	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmador por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	

**Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarréica aguda y/o desnutrición (Cod. 591)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer Nombre madre	PRI_NOM_MA	30	Texto	Primer Nombre de la madre	SI	
Segundo Nombre madre	SEG_NOM_MA	30	Texto	Segundo nombre de la madre	NO	
Primer apellido madre	PRI_APE_MA	30	Texto	Primer apellido de la madre	SI	
Segundo Apellido madre	SEG_APE_MA	30	Texto	Segundo apellido de la madre	NO	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de identificación madre	TIP_IDE_MA	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad. PE = Permiso Especial de Permanencia CD = Carné diplomático SC = Salvoconductor de permanencia DE = Documento Extranjero PT = Permiso por Protección Temporal	SI	
Número identificación de la madre	NUM_IDE_MA	17 Texto		Número del documento señalado.	SI	
Nivel Educativo de la madre	NIV_EDUCAT	1 Texto		1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnica 4 = Universitaria 5 = Ninguna	NO	
Número de menores de cinco años en el hogar	MENORES	2 Numérico		>=0 AND <= 20	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	4 Numérico		>=900 AND <=5000	NO	
Talla al nacer	TALLA_NAC	4 Numérico		>= 30.0 AND <= 55.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2 Numérico		>=20 AND <= 45	NO	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo durante el cual el menor recibió leche materna (MESES)	T_LECHEM	2	Numérico	>=0	SI	
Edad de inicio de la alimentación complementaria (MESES)	E_COMPLEX	2	Numérico	>=0	SI	
Asiste a crecimiento y desarrollo	CREC_DLLO	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Esquema de vacunación completo a la edad	ESQ_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Referido por carné de vacunación	CARNE_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Peso actual kgm	PESO_ACT	4	Numérico	>=1.0 AND <= 50.0	SI	2 enteros y 1 decimal
Talla actual o longitud actual cm	TALLA_ACT	5	Numérico	>=45.0 AND <= 150.0	SI	3 enteros y 1 decimal
Circunferencia media del brazo en centímetros	PER_BRAQUI	4	Numérico	>=6.0 AND <= 30.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Indice de masa corporal	IMC	5	Numérico	Formula:Peso en kg / ((talla en cm)^2)	SI	Aplica solo para mayores o iguales a 6 meses
Zscore Peso/Talla	ZSCORE_PT	7	Numérico	>=-6 AND <=-2	SI	Variable calculada por el sistema

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación actual Peso/Talla- Longitud	CLAS_PESO	1	Texto	1 = desnutrición aguda severa (<-3) 2 = desnutrición aguda moderada (<-2 a <=-3) 3 = riesgo de desnutrición aguda (>=-2 a <-1) 4 = peso adecuado para la talla (>=-1 a <=1) 5 = riesgo de sobrepeso (>1 a <=2) 6 = sobrepeso (>2 a <=3) 7 = obesidad (>3)	NO	Variable calculada por el sistema
Zscore Talla/Edad	ZSCORE_TE	7	Numéricico	>=-8 AND <=6	SI	Variable calculada por el sistema
Clasificación actual Talla- Longitud/Edad	CLAS_TALLA	1	Texto	1 = (<-2DE talla baja para la edad) 2 = (>-2 a < -1 DE Riesgo de talla baja) 3 = (>-1 Talla adecuada para la edad)	NO	Variable calculada por el sistema
Signos clínicos de la desnutrición Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Emaciación o delgadez visible	DELGADEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Piel reseca o áspera	PIEL_RESE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Hipo o hiperpigmentación de la piel	HIPERPIGM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos clínicos de la desnutrición Cambios en el cabello	LES_CABEL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos clínicos de la desnutrición Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas	PALIDEZ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Activación Ruta Atención	RUTA_ATENC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de atención suministrada	TIPO_MANEJ	1	Texto	1 = Intrahospitalaria 2 = Comunitario	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Diagnóstico médico	DIAG_MEDIC	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	

**Desnutrición aguda en menores de cinco años (Cod. 113)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado de la prueba de apetito	RES_PR_APE	1	Texto	1 = Positiva 2 = Negativa 3 = No se realizó prueba de apetito	No	NDICION Solo aplica para mayores o iguales de 6 meses en cuyo caso, es obligatoria
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Lesión de causa externa ocasionada por	OCASIO_POR	1	Texto	1 = accidente de consumo 4 = procedimientos estéticos	SI	NDICION
Asfixia o ahogamiento	ASFIXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No		Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estrangulamiento	ESTRANGULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Herida, laceración, cortes	HERIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Trauma leve, aplastamiento, apriisionamiento	TRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Choque eléctrico, electrocución	CHOQ_ELECT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fractura, esguince y luxación	FRAC TURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Politraumatismo	POLITRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Amputación o enucleación	AMPUTACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Quemaduras	QUEMADURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Intoxicación , alergias	INTOXICAC	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2	
Infeción	INFECCION	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2	
Sepsis	SEPSIS	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2	
Perforación	PERFORACIO	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hemorragia	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Embolia	EMBOLIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Depresión respiratoria	DEPRE_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1 Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cráneo	CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Cara	CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Ojos	OJOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Nariz	NARIZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Orejas	OREJAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Boca-dientes	BOCA_DIENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Cuello	CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Brazo	BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Antebrazo	ANTEBRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Mano	MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dedos de la mano	DEDOS_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Torax anterior	TORX_ANT_ER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Torax posterior	TORX_POST	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Mamas	MAMAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Abdomen	ABDOMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Pélvis-períneo	PELV_PERIN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Genitales	GENITALES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Muslos	MUSLOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Piernas	PIERNAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Pies	PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dedos de los pies	DEDOS_PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Órganos internos	ORG_INTERN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Piel	PIEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Máquinas o motores	MAQUINA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Medios de transporte o sus accesorios	MEDIOS_TRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Juguetes y juegos	JUGUETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos de construcción, ferretería, iluminación o eléctricos	ELECTR_ILU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Vestimenta, accesorios y calzado	VEST_ACCES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Materiales escolares o pedagógicos	UTIL_ESCOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Muebles, electrodomésticos y accesorios	UTEN_COMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Artículos y equipos para niños	ACC_INFAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos deportivos y de ocio	EQU_DEPORT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos de comunicación, electrónicos, equipos audiovisuales, y computadores	ELECT_AUDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Belleza, cuidado persona e higiene	BELLEZA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 2
Medicamentos	MEDICAMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Aparatología de uso estético	APAR_ESTET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Equipos biomédicos	EQU_BIOMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Hogar	HOGAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Establecimiento educativo	COLEGIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Calle, parqueadero	CALLE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Lugar de recreación	PARQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Industria	INDUSTRIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Centro de estética	CENTR_EST_E	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
SPA	SPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
IPS	IPS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de procedimientos quirúrgicos que se realizaron de manera simultánea	PROC QUIRU	1	texto	1 = uno 2 = dos 3 = tres 4 = mas de 3	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Tipo de profesional que desarrollo el procedimiento estético	TIPO_PROF	1	texto	1 = profesional de la salud 2 = cirujano plástico 3 = médico esteticista 4 = médico especialista 5 = esteticista 6 = cosmetólogo	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Hospitalización	HOSPITALIZ	1	texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4 y "Paciente hospitalizado=1" en datos básicos
UCI	UCI	1	texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4 y "Paciente hospitalizado=1" en datos básicos
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	NDICION Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Productos químicos	PROD_QUIMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Establecimiento público o comercial	ESTABLECIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Gluteos	GLUTEOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 2
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIMGILA última versión o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)	SEAN_SSSN	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1	
Cuáles sustancias usa en su dispositivo - Nicotina	NICOTINA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Cuáles sustancias usa en su dispositivo - Saborizantes/aromatizantes	SABOR_AROM	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Cuáles sustancias usa en su dispositivo - Marihuana y/o derivados	DER_CANABI	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Cuáles sustancias usa en su dispositivo - Otros	OTRASSUSTA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Cuál otra sustancia?	OTRA_SUSTA	80 Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Cuáles sustancias usa en su dispositivo? - Otros" en opción 1	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Frecuencia de uso de cigarrillo electrónico	FR_USO_CIG	1	Texto	1 = Diario 2 = Dos, tres veces a la semana 3 = Una vez a la semana 4 = Menos de una vez a la semana	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Tos	TOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Disnea	DISNEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Dificultad respiratoria	DIF_RESPIR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Dolor torácico	DOLOR_TORA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nausea	NAUSEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Dolor abdominal	DOLOR_ABDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Otra manifestación clínica	OTRA_CLINI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Cuál otra manifestación clínica?	OTRASMANIF	80	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Otra manifestación clínica?" en opción 1=Sí

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Síndrome Bronquial Obstructivo	SIIND_BRONQ	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Evento coronario agudo	EV_CORONAR	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Intoxicación	INTOXICACI	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Quemadura	QUEMADURA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
Alergia	ALERGIA	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente?" Cigarrillo/tabaco	CONS_CIGAR	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente? Marihuana	CONS_MARIH	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente? Cocaína	CONS_COCAI	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente? Bazuco	CONS_BAZUC	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	
¿Qué otra(s) sustancia(s) consume actualmente? Heroína	CONS_HEROI	1 Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1	

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Asma	ASMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Alergias respiratorias	ALERG_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Fibrosis quística	FIBROS QUI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Enfermedada coronaria	ENF_CORONA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) /Sistemas Electrónicos sin suministro de Nicotina (SSSN)" en opción 1
Nombre del elemento	NOMBRE_ELE	80	Texto	Texto	SI	
Biopolímero	BIOPOLIMER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Lesiones de causa externa (Cod. 453)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
El caso hace parte de un brote?	PART_E_BROT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nombre del establecimiento	NOM_ESTABL	80	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica.	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/hermorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permito Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado.	SI	Si Tipo de Identificación = RC, TI, CC, CE solo numérico Si Tipo de Identificación = PA alfanumérico
Ha viajado durante los 14 días previos al inicio de síntomas	VIAJ0	1 Texto		1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Donde viajo	DONDE_VIAJ	70 Texto		Lugar donde viajo	NDICION	Opcional dependiente de "Ha viajado durante los 14 días previos al inicio de síntomas" en opción 1=Si
Ha visto Ratas	RATAS	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO	
Ha visto Perros	PERROS	1 Texto		1 = Sí 2 = No	NO	

**Vigilancia centinela de síndrome febril/ictérico/hermorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ha visto Cerdos	CERDOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ha tenido contacto con aguas estancadas en los últimos 30 días	CONTAC_ACC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SÍ	
Antecedentes de trasfusión de hemoderivados	RECIBIO_TR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SÍ	
Hallazgos semiológicos Fiebre >= 38 grados	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Escalofríos	ESCALOFRIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Dolor retroocular	DOLOR_RETRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Vomito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Dolor abdominal	DABDOMINAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SÍ	
Hallazgos semiológicos Petequias	PETEQUIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Hemoptisis	HEMOPTISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Vigilancia centinela de síndrome fébril/ictérico/hermorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Gingivorragia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Metrorragias	METRORRAGI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Melenas	MELENAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Sí
Días de fiebre	DIAS_FIEBR		Numérico	>0	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Fiebre >= 38 grados" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Artralgias	ARTRALGIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Esplenomegalia	ESPLENOMEGR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Adenopatías	ADENOPATIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Disnea	DISNEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Deshidratación	DESHIDRAT A	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Signs meningeos	SIG_MENING	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Rash	EXANTEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Vigilancia centinela de síndrome febril/ictérico/hermorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización	LOC_EXANTE	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Exantema" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Localización	LOC_EDEMA	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Edema" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Hemorragia	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Dolor en pantorrillas	DOLOR_PANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Sudoración nocturna	SUDOR_NOCT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Epididimitis	EPIDIDIMIT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Orquitis	ORQUITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
¿Ha tenido contacto con animales?	ANIM_EN_CA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Gatos	GATOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Bovinos	BOVINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Equinos	EQUINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD



**Vigilancia centinela de síndrome febril/ictérico/hermorragico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Animales silvestres	SILVESTRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Cuál?	CUAL_SILVE	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Animales silvestres" en opción 1=Sí
Otros animales	OTR_ANIMAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Cuál?	CUAL_OTR_A	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Otros Animales" en opción 1=Sí
Historia de picadura de garrafas	PICAD_GARR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Historia de picadura de piojos	PICAD_PIOJ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Historia de picadura de pulgas	PICAD_PULG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Consumo de leche y sus derivados sin pasteurizar	CONS_LECHE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Múltiples parejas sexuales	MULT_PAREJ	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usuario de hemodialisis	USA_HEMODI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usuario de drogas inyectables	USA_DROG_I	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Contacto sexual con portador de HBsAG	CONT_HBSAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Manipulación de secreciones vaginales, placas, fetos abortados, etc.	MANIP_SECR	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Vigilancia centinela de síndrome fébril/ icterico/ hemorrágico (Cod. 222)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Deterioro rápido del paciente.	DET_RAPIDO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Conjuntivitis no supurativa.	CONJ_NO_SU	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Manifestaciones Hemorrágicas PÚRPURA	MANIF_PURP	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Tiene complicaciones de tipo neurológico?	COMPL_NEUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	NDICION
Fecha de inicio de síntomas del síndrome neurológico	FEC_INI_SI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Tipo de complicación neurológica	TIPO_COMPL	4	Texto	Según listado de códigos CIE-X para síndrome neurológico	NDICION	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento en los últimos 30 días	DESPLAZAMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código	CODMUN	5	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Desplazamiento en los últimos 30 días" en opción 1=Sí
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento - Código	CODDEP	2	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País - Código	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código
Fecha de última menstruación	FEC_ULT_ME	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Se le realizo la primera ecografía a la gestante?	HUBO_1_ECO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de primera ecografía obstétrica	FEC_1_ECO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica	EDAD_GES	2	Texto	>=0 AND <=42	NDICION	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB?	SEG_EAPB	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NDICION	Dependiente de "Se le realizo la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
La gestante termino el embarazo?	GES_TER_EM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de terminación del embarazo	FEC_TER_EM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
Condición final del producto del embarazo	CON_FIN_PR	1	Texto	1 = Aborto 2 = Muerte perinatal 3 = Nacido vivo	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
Perímetrocefálico	PER_CEFALI	2	Numérico	>=0 AND <= 99	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
¿se realizó necropsia clínica?	AUTOPSIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
¿hay presencia de defectos congénitos?	DEF_CONGEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
¿se tomó muestra de suero?	MUE_SUERO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
						Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿se tomó muestra de cordón umbilical?	MUE_CORDON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Si  Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NT C 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Exantema (Rash)	EXANTEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hiperemia conjuntival (conjuntivitis)	HIPEREMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Zika (Cod. 895)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Artralgias	ARTRALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mialgias	MIALGIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Chikungunya (Cod. 217)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Chikungunya (Cod. 217)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Muestras - Piel	PIEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Hígado	HIGADO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Bazo	BAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Pulmón	PULMON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Cerebro	CEREBRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Miocardio	MIOCARDIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Muestras - Médula	MEDULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Chikungunya (Cod. 217)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Muestras - Riñon	RIÑON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Artralgia	ARTRALGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Rash o brote	RASH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diarrea	DIARRREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**Chikungunya (Cod. 217)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento	TIPO_UCI	1	Texto	1 = UCI-A 2 = UCI-P 3 = UCI-N	SI	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha ingreso a la UCI	FEC_INGUCI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	
Paciente remitido	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso de IAD otras instituciones	CASO_EXTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Paciente remitido" en opción 1=Sí
Nombre de la institución a la que se le atribuye el caso de IAD	NOM_INST	200	Texto	La razón social de la institución de salud donde fue remitido el paciente	NDICION	Dependiente de "Caso de IAD extrahospitalaria" en opción 1=Sí
Peso al nacer	PESO_NAC	1	Texto	1 = (<= 750 gr) 2 = 751-1000gr 3 = 1001-1500 gr 4 = 1501-2500 gr 5 = (>= 2501 gr)	NDICION	Dependiente de "Tipo de UCI relacionada con la ocurrencia del evento" en opción 3 = UCI-N
Tipo de IAD	TIPO_IAD	1	Texto	1 = NAV 2 = ISTU-AC 3 = IT_S-AC	SI	
Criterio de clasificación para NAV	CRIT_NAV	1	Texto	1 = NEU 1 2 = NEU 2 3 = NEU 3	NDICION	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 1
Criterio de clasificación para IT SAC	CRIT_IT SAC	1	Texto	1 = criterio 1 2 = criterio 2 3 = criterio 3	NDICION	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 3
Criterio de clasificación para ISTUAC	CRIT_ISTUA	1	Texto	1 = criterio 1a 2 = criterio 2a 3 = criterio 3 4 = criterio 4	NDICION	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 2

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de diagnóstico de la IAD	FEC_DIAG	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	NDICION Dependiente de "Criterio de clasificación para NAV" en opción diferente de 1
IAD polimicrobiana	IAD_POLIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION Dependiente de "Criterio de clasificación para NAV" en opción diferente de 1	
Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico	VENTILADOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Inserción de Ventilador Mecánico	FEC_IN_VEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico" en opción 1	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de retiro de Ventilador Mecánico	FEC_RE_VEN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION 1	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Ventilador mecánico" en opción 1
Tipo de dispositivo insertado - Cateter central	CAT_CENTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Inserción de Cateter central	FEC_IN_CC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter central" en opción 1

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de retiro de Cateter central	FEC_RE_CC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter central" en opción 1
Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario	CAT_URINAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de Inserción de Cateter urinario	FEC_IN_CU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario" en opción 1

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de retiro de Catéter urinario	FEC_RE_CU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Catéter urinario" en opción 1
Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Desnutrición	DESNUTRIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Enfermedad renal	ENF_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Inmunosupresión	INMUNOSUPR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
VIH-SIDA	VIH_SIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Infección previa	INFEC_PREV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Traumatismo	TRAUMATISM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Obesidad	OBESIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Otro	OTRO_FACT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál?	CUAL_FACT	30	Texto	Texto	NDICION	Depende de "Otro" en opción 1=si

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Días pre infección	DIAS_PREIN	4	Numérico	Es la diferencia entre la fecha de inicio del primer síntoma y la fecha de hospitalización	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Peso al nacer en gramos	VALOR_PESO	4	Numérico	>=350 AND <=4500	NDICION	Obligatoria si "Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento" es 3
El dispositivo fue insertado en la UCI	INSERT_UCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El evento se desarrolló 48 horas después de retirado el catéter o ventilador	RETIRO_48H	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

**IAD - Infecciones asociadas a dispositivos - Individual (Cod. 357)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		1 = Número del documento señalado.	SI	
Condición de la tuberculosis	COND_TUBER	1 Texto		1 = Tuberculosis Sensible 2 = Tuberculosis Farmacorresistente	SI	
Tipo de tuberculosis	TIP_TUB	1 Texto		1 = Pulmonar 2 = Extrapulmonar	SI	
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	LOCTBREXTR	2 Texto		1 = Pleural 2 = Meníngea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NDICION	Dependiente de "Tipo de tuberculosis" en opción 2

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación del caso según antecedente de tratamiento	CLAS_ANT	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Previamente tratado	SI	
Clasificación del caso según ingreso	CLASCASO	1	Texto	2 = Reingreso tras recaída 3 = Reingreso tras fracaso 4 = Recuperado tras pérdida al seguimiento 5 = Otros casos previamente tratados 6 = Personas tratadas por tuberculosis sensible a los medicamentos 7 = Personas tratadas para tuberculosis con medicamentos de segunda línea (TBMDR,RR o XDR)	NDICION	Dependiente de "Clasificación del caso según antecedente de tratamiento" en opción diferente de 1=Nuevo
¿Es trabajador del área de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ocupación del trabajador del área de la salud	NOMB_OCUPA	40	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de ¿Es trabajador del área de la salud? En la opción 1=Sí
Clasificación basada en el estado de la prueba para VIH	PREV_VIH	1	Texto	1 = Persona con tuberculosis y VIH 2 = Persona con tuberculosis y sin VIH 3 = Persona con tuberculosis y estado de VIH desconocido	SI	
Peso actual ( Kg)	PESO_ACT	5	Numérico	>=2.0 and <=250.0	SI	
Talla ( m )	TALLA_ACT	4	Numérico	>=0.20 AND <=2.5	SI	

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
IMC (índice de masa corporal)	IMC	6	Numérico	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla ) <sup>2</sup> El resultado incluye decimales	SI	
Baciloscopía	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado baciloscopía	RES_BK	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de "baciloscopía", en opción 1 = Sí
Cultivo	CULTIVO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado cultivo	RESCULTIVO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = En proceso	NDICION	Dependiente de "Cultivo", en opción 1 = Sí
Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso	PRUEB_MOLE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Resultado Prueba molecular	RES_PR_MOL	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de "Se utilizó prueba molecular para la confirmación del caso" en opción 1=Sí
Especie identificada	ESP_PMOLEC	1	Texto	1 = Mycobacterium tuberculosis 2 = Mycobacterium bovis 3 = Mycobacterium africanum 4 = Mycobacterium microti 5 = Mycobacterium canetti	NDICION	Dependiente de "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí o "Resultado cultivo" en opción 1=sí(o ambas)
Histopatología	HISTOPATOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado histopatología	RESHISTOPA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de "Histopatología", en opción 1 = Sí

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Cuadro clínico	CUADRO_CLI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Nexo epidemiológico	NEX_EPI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Radiológico	RADIOLOGIC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Adenosina deaminasa (ADA)	ADA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso. tuberculina	TUBERCULIN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Enfermedad renal	ENFE_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Enfermedad hepática	ENFE_HEPAT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Artritis	ARTRITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de confirmación diagnóstico de TBFR	FEC_CONF	10	Fecha	AAAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Solo aplica si la condición es resistente y "Resultado cultivo" en opción 1=sí o "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí (o ambas); en este caso es obligatoria.
						Valor mayor o igual a la fecha de consulta
PSF	PSF	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No realizada	NDICION	Dependiente de "Resultado cultivo" en opción 1=sí o "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí (o ambas). Aplica solo para "Condición de tuberculosis"="2"
Clasificación del tipo de resistencia	TIPO_RESIS	1	Texto	1 = Monoresistencia 2 = MDR - (H,R) 3 = Poliresistente 4 = XDR 7 = Resistencia a Rífampicina (R) 8 = pre XDR 9 = Resistencia a otros medicamentos	NDICION	Solo aplica si la condición es resistente. Dependiente de "Resultado cultivo" en opción 1=sí o "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí (o ambas)
Resultado Medicamento Primera Linea H: Isoniazida	ISONIAZIDA	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,2
Resultado Medicamento Primera Linea R: Rifampicina	RIFAMPI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 2,7
Resultado Medicamento Primera Linea E: Etambutol	ETAMBUTOL	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,3

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado Medicamento Primera Línea Z: Pirazinamida	PIRAZINAMI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,3
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmador por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Resultado Otros Medicamentos Clofazmina(Cfx)	CLOFAZIMIN	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opción 9
Resultado Otros Medicamentos Delamanid (Dlm)	DELAMANID	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opción 9
Resultado Otros Medicamentos Levofloxacin (Lfx)	LEVOFLOXAC	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 4 y 8

**Tuberculosis (Cod. 813)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado Otros Medicamentos Moxifloxacina (Mfx)	MOXIFLOXAC	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 4 y 8
Resultado Otros Medicamentos Bedaquilina (Bdq)	BEDAQUILIN	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opción 4
Resultado Otros Medicamentos Linezolid (Lzd)	LINEZOLID	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NDICION	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opción 4
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectivo (Cod. 362)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mes	MES	2	Texto	>=1 AND <=12	SI	Este mes no debe aparecer de forma automática cuando se diligencie la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Año	AÑO	4	Texto	>=2011	SI	Este año no debe aparecer de forma automática cuando se digite la fecha de notificación ya que no tiene ninguna relación con esta fecha. Esta casilla debe quedar libre para que el administrador digite esa información
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001. Incluye los códigos de las unidades notificadoras municipales, departamentale	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectivo (Cod. 362)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Filler	FILLER	1	Texto		NO	Introducido artificialmente para mantener 7 campos comunes que conforman el "header" de cualquier registro de datos complementarios
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en el mes
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Infeción de sitio quirúrgico de Colectectomía en el mes - numerador	N_COLECIST	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Colectectomía en el mes - denominador	D_COLECIST	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Herniorrafia en el mes - numerador	N_HERNIORR	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Herniorrafia en el mes - denominador	D_HERNIORR	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectivo (Cod. 362)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infeción de sitio quirúrgico de Revascularización miocárdica con Incisión toracica y del sitio donante en el mes - numerador	N_REVASCUL	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Revascularización miocárdica con Incisión toracica y del sitio donante en el mes - denominador	D_REVASCUL	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Cesárea - ISO en el mes - numerador	N_CESAREA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infeción de sitio quirúrgico de Cesárea - ISO en el mes - denominador	D_CESAREA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Parto vaginal en el mes - numerador	N_POSTPART	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Endometritis post parto en el mes - denominador	D_POSTPART	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectivo (Cod. 362)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código del departamento, municipio de procedencia de los casos	COD_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE	SI	
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	NO	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de trasmisión - Agua	AGUA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Fuente de trasmisión - Alimentos	ALIMENTOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Fuente de trasmisión - Persona a persona	PERS_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Fuente de trasmisión - Contaminación medio ambiental	CONT_AMBIEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Fuente de trasmisión - Otro diferente de agua y alimento	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Fuente de trasmisión - Desconocido	DESCONOCID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Estado del brote	ESTADO_BRO	1	Texto	1 = Abierto 2 = Cerrado con identificación del agente 3 = Cerrado sin identificación del agente	Sí	
Modo de transmisión - Oral	ORAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Modo de transmisión - Oral-fecal	ORAL_FECAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Modo de transmisión - Cruzada	CRUZADA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Menores de 1 año - enfermos	G1_ENFERMO	5	Texto	>=0	No	
Menores de 1 año - expuestos	G1_EXPUEST	5	Texto	>=0	No	
Menores de 1 año - hombres	G1_HOMBRES	5	Texto	>=0	No	
Menores de 1 año - Mujeres	G1_MUJERES	5	Texto	>=0	No	
Menores de 1 año - vivos	G1_VIVOS	5	Texto	>=0	No	



Salud

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Menores de 1 año - muertos	G1_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - enfermos	G2_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - expuestos	G2_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - hombres	G2_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - Mujeres	G2_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - vivos	G2_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - muertos	G2_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - enfermos	G3_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - expuestos	G3_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - hombres	G3_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - Mujeres	G3_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - vivos	G3_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
5 a 9 años - muertos	G3_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - enfermos	G4_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - expuestos	G4_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - hombres	G4_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - Mujeres	G4_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - vivos	G4_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
10 a 19 años - muertos	G4_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
20 a 49 años - enfermos	G5_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	



**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
20 a 49 años - expuestos	G5_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
20 a 49 años - hombres	G5_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
20 a 49 años - Mujeres	G5_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
20 a 49 años - vivos	G5_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
20 a 49 años - muertos	G5_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - enfermos	G6_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - expuestos	G6_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - hombres	G6_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - Mujeres	G6_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - vivos	G6_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
50 a 74 años - muertos	G6_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - enfermos	G7_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - expuestos	G7_EXPUEST	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - hombres	G7_HOMBRES	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - Mujeres	G7_MUJERES	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - vivos	G7_VIVOS	5	Texto	>=0	NO	
Mayor o igual a 75 años - muertos	G7_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
Fecha del primer caso	FEC_CASO1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos implicados nombre del alimento (1)	ALIMENTO1	30	Texto	Texto		NDICION Obligatoria si "Modo de transmisión alimentos" es 1=sí
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 1	ENF_ALIM1	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 1	EXP_ALIM1	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (2)	ALIMENTO2	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 2	ENF_ALIM2	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 2	EXP_ALIM2	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (3)	ALIMENTO3	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 3	ENF_ALIM3	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 3	EXP_ALIM3	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (4)	ALIMENTO4	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 4	ENF_ALIM4	5	Texto	>=0	NO	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de personas expuestas al alimento implicado 4	EXP_ALIM4	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (5)	ALIMENTO5	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 5	ENF_ALIM5	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 5	EXP_ALIM5	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (6)	ALIMENTO6	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 6	ENF_ALIM6	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 6	EXP_ALIM6	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (7)	ALIMENTO7	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 7	ENF_ALIM7	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 7	EXP_ALIM7	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (8)	ALIMENTO8	30	Texto	Texto	NO	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 8	ENF_ALIM8	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 8	EXP_ALIM8	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (9)	ALIMENTO9	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 9	ENF_ALIM9	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 9	EXP_ALIM9	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (10)	ALIMENTO10	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 10	ENF_ALIM10	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 10	EXP_ALIM10	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Ninguno	CAS_NINGUN	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Nauseas	CAS_NAUSEA	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Vómito	CAS_VOMITO	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Diarrea	CAS_DIARRE	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Fiebre	CAS_Fiebre	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - DolorAbdominal	CAS_DOLABD	5	Texto	>=0	NO	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas - Cefalea	CAS_CEFALE	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Deshidratación	CAS_DESHID	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Cianosis	CAS_CIANOS	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Mialgias	CAS_MALGI	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Altralgias	CAS_ALTRAL	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Mareo	CAS_Mareo	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Estreñimiento	CAS_ESTRE	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Escalofrío	CAS_ESCALO	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Parestesias	CAS_PAREST	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Inctericia	CAS_ICTERI	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Acolia	CAS_Acolia	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Coluria	CAS_COLURI	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Lesiones Maculopapulares	CAS_LESMAC	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Anorexia	CAS_ANOREX	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Bradicardia Relativa	CAS_BRADIC	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Sialorrea	CAS_SIALOR	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Miosis	CAS_Miosis	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Otros	CAS_OTROS	5	Texto	>=0	NO	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuál otro signo y síntoma	CUAL_SYS	30	Texto	Texto	NDICION	Opcional dependiente de "Signos y síntomas - Otros" si > 0
Lugar de consumo implicado	LUGAR	2	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Restaurante 5 = Casino 6 = Establecimiento penitenciario 8 = Hotel 9 = Otros 10 = Hogar geriátrico 11 = Venta ambulante 12 = Institución de Salud 13 = Panadería/pastelería	SI	
Dirección	DIR_LUG	150	Texto		SI	
Agente identificado (1)	AGENT_E1	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Dependiente de "Estado del brote" en opciones 1 y 2
Agente identificado (2)	AGENT_E2	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Dependiente de "Estado del brote" en opciones 1 y 2
Agente identificado (3)	AGENT_E3	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Dependiente de "Estado del brote" en opciones 1 y 2
Agente identificado (4)	AGENT_E4	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Dependiente de "Estado del brote" en opciones 1 y 2
Agente identificado (5)	AGENT_E5	2	Texto	Según lista de agentes	NDICION	Dependiente de "Estado del brote" en opciones 1 y 2
Total enfermos	TOTAL_ENF	6	Numérico	>=2	SI	

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total expuestos	TOTAL_EXP	6	Numérico	>=2	SI	
Total hombres	TOTAL_HOME	6	Numérico	>=0	SI	
Total mujeres	TOTAL_MUJ	6	Numérico	>=0	SI	
Total vivos	TOTAL_VIVO	6	Numérico	>=0	SI	
Total muertos	TOTAL_MUER	6	Numérico	>=0	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del lugar del consumo	NOM_LUGAR	30	Texto	Texto	NDICION	Solo aplica si "Lugar de consumo" es diferente de 1 u 11, en cuyo caso es obligatoria

**Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos-ETA y Colera (Cód. 349)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nit UPGD	NIT_UPGD	12	Texto	Según lista UPGDs	SI	
Nombre del Municipio	NOM_MUN_	100	Texto	Según código en la lista de Municipios	NDICION	
Nombre del Departamento	NOM_DEPTO	100	Texto	Según código en la lista de Departamentos	NDICION	

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1 Texto		1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Contacío de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rágico 6 = Contacío de piel lesionada o mucosa con tejido nervioso, material biológico o secreciones infectadas con virus rágico 7 = Inhalación en ambientes cargados con virus rágico (aerosoles) 8 = Trasplantes de órganos o tejidos infectados con virus rágico	SI	
Tipo de área del cuerpo en caso de Mordedura	AREA_MORDE	1 Texto		1 = En área cubierta del cuerpo 2 = En área descubierta del	NDICION	Dependiente de "Tipo de Agresión ó Contacío" en opción 1 = Mordura
Provocada	AGR_PRO	1 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de Lesión	TIP_LES	1 Texto		1 = Única 2 = Múltiple	SI	
Profundidad	PROFUN	1 Texto		1 = Superficial 2 = Profunda	SI	
Localización anatómica de la lesión - Cabeza, Cara, Cuello	CCC	1 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica de la lesión - Mano, Dedo	MAN_DED	1 Texto		1 = Sí 2 = No	SI	

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización anatómica de la lesión - Tronco	TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica de la lesión - Miembro Superior	MIE_SUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica de la lesión - Miembro Inferior	MIE_INF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Pies - dedos	PIES_DEDOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Localización anatómica Genitales externos	GENIT_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de la Agresión o contacto	FEC_EXP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Tipo de agresor	ESP_ANI	1	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Bovino-Bufalino 4 = Équidos 5 = Porcino (Cerdo) 7 = Murciélagos 8 = Zorro 9 = Mico 10 = Humano 12 = Otros silvestres 13 = Ovino - caprino 14 = Grandes roedores	SI	
Vacunado	ANT_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2
Fecha de vacunación	FECHA_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacunado" en opción 1-Sí

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Presento carnet de vacunación	CAR_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de "Vacunado" en opción 1=Sí
Nombre del propietario del animal	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Tipos de agresor" en opciones 1 o 2
Dirección del propietario	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Tipos de agresor" en opciones 1 o 2
Teléfono del propietario	TEL_PRO	40	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de "Tipos de agresor" en opciones 1 o 2
Estado del animal al momento de la agresión	EST_MA	1	Texto	1 = Con signos de rabia 2 = Sin signos de rabia 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Tipos de agresor" en opciones 1 o 2
Estado del animal al momento de la consulta del paciente	EST_ADO_ANI	1	Texto	1 = Vivo 2 = Muerto 3 = Desconocido	NDICION	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Ubicación del animal agresor	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido	NDICION	Dependiente de "Tipos de agresor" en opciones 1 o 2
Tipo de exposición	TIP_EXP	1	Texto	0= No exposición 1 = Exposición leve 2 = Exposición grave	SI	
Suero antirrábico	SUE_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Fecha de aplicación	FEC_APPL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Suero antirrábico" si es igual a 1
Vacuna antirrábica	VAC_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Numero de dosis	NUM_DOS	3	Numérico	Numérico	NDICION	Dependiente de "Vacuna antirrábica" si es igual a 1

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de última dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Vacuna antirrábica" si es igual a 1
Lavado de herida con agua y jabón	LE_AGU_JAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sutura de la Herida	SUT_HER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ordenó Suero antirrábico	APL_SA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ordenó aplicación Vacuna	APL_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	

**Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	3	Texto	Texto	Si	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	Si	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	Si	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	Si	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	Si	
Código del departamento, municipio notificador	COD_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y municipio de notificación de los casos.	Si	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Consecutivo	NUM_CON	17	Texto	Numérico	SI	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento
Total IRA Hospitalización, Menores de 1 año	TH_0a9	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 1 año	TH_10a19	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 2 a 4 años	TH_20a29	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 5 a 19 años	TH_30a39	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 20 a 39 años	TH_40a49	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 40 a 59 años	TH_50a59	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA Hospitalización, De 60 a 69 años	TH_60a69	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 70 A79 años	TH_70A79	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA Hospitalización, De 80 y más años	TH_80AMAS	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, Menores de 1 año	THUCI0a9	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 1 año	THUCI10a19	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 2 a 4 años	THUCI20a29	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 5 a 19 años	THUCI30a39	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA UCI, De 20 a 39 años	THUCI40a49	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 40 a 59 años	THUCI50a59	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 60 a 69 años	THUCI60a69	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 70 a 79 años	THUCI70A79	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 80 y más años	THUCI80AMA	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, Menores de 1 año	TMUE0a9	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 1 año	TMUE10a19	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total Hospitalización, De 2 a 4 años	TMUE20a29	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 5 a 19 años	TMUE30a39	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 20 a 39 años	TMUE40a49	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA, De 40 a 59 años	TMUE50a59	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA De 60 a 69 años	TMUE60a69	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA De 70 a 79 años	TMUE70A79	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total muertes IRA De 80 y más años	TMUE80AMAS	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA consulta externa, Menores de 1 año	TCEU0a9	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 1 año	TCEU10a19	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, de 2 a 4 años	TCEU20a29	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 5 a 19 años	TCEU30a39	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 20 a 39 años	TCEU40a49	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 40 a 59 años	TCEU50a59	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 60 a 69 años	TCEU60a69	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	

**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total IRA consulta externa, De 70 a 79 años	TCEU70A79	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA consulta externa, De 80 años y más	TCEU80AMAS	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Ajuste	AJUSTE	1	Texto	0 = No Ajusta, 1ª Vez 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitación	NO	
Fecha del ajuste o fecha del registro.	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. Obligatorio	SI	
Nombre de la persona responsable	DILIGENCIA	30	Texto	Texto	SI	
Cargo	CARGO	30	Texto	Texto	SI	
Teléfono	TELEFONO	17	Texto	Texto	NO	
Correo electrónico	CORREO	30	Texto	Texto	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	



Salud



**IRA por virus nuevo (Colectivo) (Cod. 994)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Total de hospitalizados de 0 a 80 o más	TOTAL_HOSPITA		Numérico	>=0	NDICION	
Total de muertes de 0 a 80 o más	TOTAL_MUERTE		Numérico	>=0	NDICION	
Total de hospitalizados en UCI de 0 a 80 o más	TOTAL_HOSP_U		Numérico	>=0	NDICION	
Total consulta externa y urgencias.	TOTAL_CONSUL		Numérico	>=0	NDICION	
Nit de la UPGD	NIT_UPGD	12	Texto		SI	

**Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	



**Salud**

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD**

**Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Datos clínicos, Erupción	ERUPCION	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Datos clínicos, Tipo de Erupción	TIPO_ERUPC	1	Texto	1 = Vesicular 2 = Maculopapular	NDICION	Solo aplica si erupción es 1=sí, en cuyo caso es obligatoria
Fecha de inicio de erupción	FEC_INIERU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Solo aplica si erupción es 1=sí, en cuyo caso es obligatoria.  Debe ser igual o mayor que la fecha de inicio de síntomas en datos básicos



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

### Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Datos clínicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Datos clínicos Úlceras genitales	ULCERA_GEN	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Datos clínicos, otros signos / síntomas?	OTROS_SIGN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
cuales otros signos / síntomas?	CUAL_OT_SS	30	Texto	Texto	NDICION Solo aplica si "Datos clínicos, otros signos / síntomas?" ES 1=si, en cuyo caso es obligatoria	
Datos clínicos Complicaciones	COMPLICACI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Complicaciones cerebrales	COMP_CEREB	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION Solo aplica si "Datos clínicos, Complicaciones?" es 1=si, en cuyo caso es obligatoria	
Datos clínicos Complicaciones pulmonares	COMP_PULMO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION Solo aplica si "Datos clínicos, Complicaciones?" es 1=si, en cuyo caso es obligatoria	
Datos clínicos Complicaciones oftálmicas	COMP_OFTAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION Solo aplica si "Datos clínicos, Complicaciones?" es 1=si, en cuyo caso es obligatoria	
Tuvo contacto con caso probable/Confirmado de Monkeypox en los últimos 21 días?	CONT_CASO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	

**Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de contacto	FEC_CONTACT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Solo aplica si "Tuvó contacto con caso probable/Confirmado de Monkeypox en los últimos 21 días?" es 1=Sí, en cuyo caso es obligatoria.  Debe ser igual o menor que la fecha de consulta en datos básicos
Tuvo contacto estrecho (incluso sexual) con persona procedente del extranjero?	CON_EST_EX	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tiene nueva o múltiples parejas sexuales	PAREJA_SEX	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Antecedente de viaje al exterior en los últimos 21 días	VIAJE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
País a dónde viajó	CODPAIS_PR	3	Texto	Código de país según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Sí
Se realizó seguimiento a contactos?	SEGUIM_CON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

**Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha final seguimiento a contactos	FEC_FINSEG	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NDICION	Dependiente de "Se realizó seguimiento a contactos?" en opción 1=sí  Debe ser igual o mayor que la fecha de consulta en datos básicos
Si el caso fue confirmado, señale fuente de infección	FUENTE_INF	1	Texto	1 = Importado 2 = Relacionado con la importación 3 = Fuente desconocida 4 = Relacionado con desconocido	NDICION	Dependiente de clasificación inicial = 3 o ajuste = 3 en datos básicos
Si el caso es descartado, señale el criterio para descartar	CRIT_DESCA	1	Texto	1=Laboratorio negativo 3=Dengue 5=Herpes 6,6 6=Reacción alérgica 7=Otro diagnóstico 8=Váricela 9=Sífilis	NDICION	Dependiente de ajuste = 6 en datos básicos
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Viruela Símica (Monkeypox) (Cod. 880)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Evento individual sin establecer (Cod. 900)**

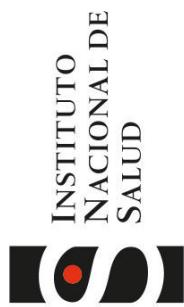
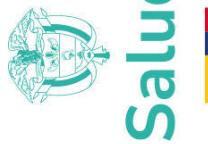
NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53. (Obligatorio)	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica (Obligatorio)	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001 (Obligatorio)	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. (Obligatorio)	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud. (Obligatorio)	SI	

**Evento individual sin establecer (Cod. 900)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2 Texto		RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20 Texto		Número del documento señalado. (Obligatorio)	Si	
Sospecha de evento	SOSPE EVEN	1 Texto		1 = Síndrome mano, pie, boca 2 = Conjuntivitis 4 = Brucelosis 5 = Hepatitis aguda de origen desconocido 6 = Otros	Si	
cuales otro evento?	CUAL OT EV	30 Texto		Texto	NDICION	Solo aplica si "Sospecha de evento" es 6=otros, en cuyo caso es obligatoria

**Evento individual sin establecer (Cod. 900)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de procedencia	NPALS_PROCE	0	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del país de residencia	NPALS_RESI	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	Si	



### Evento individual sin establecer (Cod. 900)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	Si	

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	Para Mortalidad materna el tipo de identificación es el de la Madre.
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	Para Mortalidad materna el número de identificación es el de la Madre.
Sitio donde ocurrió la muerte	SIT_DEF	1	Texto	6 = Domicilio 7 = Otro 8 = Institucional	SI	
Regulación de la Fecundidad	REG_FEC	2	Texto	4 = Natural 5 = Dispositivo Intrauterino 6 = Hormonal 7 = Barrera 8 = Quirúrgico 9 = Otro 10 = No usó métodos anticonceptivos	SI	
Gestaciones	GESTACIONE	2	Texto	>=1 AND <= 20	SI	

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Partos vaginales	PARTOS	2	Texto	>=0 AND <= 20	SI	
Número de Cesáreas de la paciente	CESAREAS	2	Texto	>=0 AND <= 20	SI	
Número de Abortos de la paciente	ABORTOS	2	Texto	>=0 AND <= 20	SI	
Número de hijos muertos de la paciente.	MUERTOS	2	Texto	>=0 AND <= 20	SI	
Número de hijos vivos de la paciente	VIVOS	2	Texto	>=0 AND <= 20	SI	
Número de Controles Prenatales	NUM_CON	2	Texto	>=1 AND <=25	NDICION	Dependiente de Tuvo control prenatal? En opción 1=Sí
Semana gestacional al Inicio del Control prenatal	SI_CTRL	2	Texto	>= 1 AND <= 45	NDICION	Dependiente de Tuvo control prenatal? En opción 1=Sí
Momento en que ocurrió la muerte materna	MOM_OCU_P	1	Texto	1 = Durante la gestación 5 = En los últimos 42 días posterior al parto 6 = Entre 43 días y un año antes del parto	SI	NDICION Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte materna" en opción diferente de 1
Tipo de parto	TIPI_PAR	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea 3 = Instrumentado 4 = Ignorado 5 = No nació	NDICION	Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte materna" en opción diferente de 1
Parto atendido por	PAR_ATE	1	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor 6 = Partera 7 = Otro 8 = Ella misma	NDICION	Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte materna" en opción diferente de 1

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otro quien	OTRO QUIEN	30	Texto	Texto		NDICION Opción dependiente de "Parto atendido por" en opción 7, en cuyo caso es obligatoria.
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIVIGILA 2014 o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez. 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Si marco otro, ¿Cuál regulación de la fecundidad?	OTRA_REGUL	30	Texto	Texto	NDICION Opcional dependiente de "Regulación de la fecundidad" en opción 9	

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tuvo control prenatal?	TUVO_CONPR	1	Texto	1 = Si 2 = No	Si	
Nombre persona más cercana	NOM_PERSON	60	Texto	Texto	Si	
Apellidos persona más cercana	APE_PERSON	60	Texto	Texto	Si	
Código Municipio de Residencia de la persona más cercana	COD_MUNRES	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 52001	Si	
Área de residencia habitual de la persona más cercana	AREA_RES	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	Si	
Localidad de residencia habitual	LOCALIRES	20	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de área de residencia habitual en la opción 1= cabecera Municipal
Barrio de residencia habitual	BARR_RES	20	Texto	Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NDICION	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
Centro Poblado	CEN_POBLAD	20	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de área de residencia habitual en la opción 2= centro poblado
Vereda	VERED_RES	20	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de área de residencia habitual en la opción 3= rural disperso
Dirección de Residencia habitual	DIR_RES	150	Texto	Texto	Si	
Telefono persona más cercana	TELEF_PERS	20	Texto		Si	Cuando el usuario no diligencie esta variable, el sistema debe asignar " SIN INFORMACIÓN"



**Salud**

INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

**Mortalidad materna (Cod. 550)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parentesco	PARENTESCO	1	Texto	1 = Padre 2 = Madre 3 = Hermano(a) 4 = Esposo(a) 5 = Hijo(a) 6 = Amigo(a) 7 = Otro	SI	
Fecha terminación de la gestación	FEC_TERGES	14	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Momento en que ocurrió la muerte materna" en opción diferente de 1
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente Rango.1-53. (Obligatorio)	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica (Obligatorio)	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001 (Obligatorio)	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio. (Obligatorio)	SI	
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud. (Obligatorio)	SI	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD=Carné diplomático SC=Salvoconducto de permanencia DE=Documento Extranjero PT=Permiso por Protección	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado. (Obligatorio)	SI	
Fecha del Accidente	FEC_ACC	10	fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Dirección del lugar donde ocurrió el accidente	DIR_ACCIDE	40	Texto	Texto	NO	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Actividad que realizaba en el momento del accidente	ACT_REA	1	Texto	1 = Recreación 2 = Actividad agrícola 3 = Oficios Domésticos 5= Recolección de Desechos 6 = Actividad Acuática 7= Otro 8 = Caminar por senderos abiertos o trocha	SI	
Cuál otro?	ACT_REA_OT	30	Texto	texto	NDICION	Opcional dependiente de "Actividad que realizaba en el momento del accidente" en opción 7=Otro
Tipo de atención inicial	TIP_ATEN_I	1	Texto	1 = Incisión 2 = Punción 3 = Sangría 4 = Torniquete 5 = Inmovilización del enfermo 6 = Inmovilización del miembro 9 = Succión mecánica 7= Otro	SI	
Cuál otro?	CUAL_TI_AI	30	Texto	texto	NDICION	Opcional dependiente de "Tipo de atención inicial" en opción 7=Otro
Localización de la agresión	LOC_MOR	2	Texto	1 = Cabeza (cara) 2 = Miembros superiores 3 = Miembros inferiores 4 = Torax anterior 5 = Abdomen 6 = Espalda 7 = Cuello 9 = Genitales 10= Glúteos 11 = Dedos de pie 12 = Dedos de mano	SI	



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Salud

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Hay evidencia/huella de agresión?	HAY_EVIDEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
La persona vio al animal agresor?	VIO_ANIMAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
¿El animal fue capturado?	ANIMAL_CAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Agente agresor	AGE_AGRG	1	Texto	1 = Escorpión 2 = Phoneutria (araña platanera) 3 = Loxosceles (araña violín) 4 = Latrodetus (araña viuda) 5 = Oruga/Lonomia	Si	
Manifestaciones locales Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones locales Dolor	DOLOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones locales Flictenias	FLICTENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones locales Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones locales Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones sistémicas Náuseas/vómito	NAUSEAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones sistémicas Hemorragias	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones sistémicas Hipotensión	HIPOTENSIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones sistémicas Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	
Manifestaciones sistémicas Dolor abdominal	DOL_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Si	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas Focalizaciones Neuroológicas	FOCAL_NEUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Hipoperfusión	HIPOPERFUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones locales Síndrome compartimental	SIND_COMPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Hemorragia masiva	HEMORR_MAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Shock Hipovolémico	SHO_HIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Falla renal aguda	FALLA_RENA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Falla respiratoria aguda	FALLA_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Complicaciones sistémicas Coagulación intravascular diseminada	COAGU_INTR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	
Clasificación del accidente	SEV_ACC	1	Texto	1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave 4 = No envenenamiento	Sí	
Empleo suero	EMP_SUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	Sí	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de suero	TIPO_SUERO	1	Texto	3 = Antiescorpiónico 4 = Antiaracnídico 5 = Antilonómico	NDICION 1=Sí	Dependiente de "Empleó suero" en opción
Registro INVIMA	REG_INVIMA	30	Texto	texto	NDICION 1=sí	Dependiente de "Empleó suero" en opción
Tiempo transcurrido entre el accidente y el inicio de tratamiento	TIP_TRA	5	Hora	Formato HH:MM	NDICION 1=Sí	Dependiente de "Empleó suero" en la opción 1=sí
Reacciones a la aplicación del suero/R	REACC_APL	1	Texto	1 = Ninguna 3 = Generalizada 4 = Leve	NDICION 1=Sí	Dependiente de "Empleó suero" en la opción 1=sí
Dosis de suero	DOS_SUE	2	Numérico	Registrar el número de ampollas suministradas al paciente	NDICION si	Depende de empleó suero en la opción 1=sí
Tiempo de administración de antiveneno	TIE ADM	5	Hora	Formato HH:MM	NDICION 1=Sí	Dependiente de "Empleó suero" en la opción 1=sí
Remitido a otra institución	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	NO	

**Accidentes por otros animales venenosos (Cod. 101)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	NO	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	SI	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de procedencia	NPAIS_PROCE	0	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del país de residencia	NPAIS_RESI	255	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento de residencia	NDEP_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio de residencia	NMUN_RESI	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	SI	
Fecha de creación o última actualización	FECHAHORA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Evento	COD_EVE	4	Texto	Código del Evento según CIE X o INS	SI	
Fecha Notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Semana	SEMANA	2	Texto	Semana epidemiológica según calendario vigente, Rango 1-53.	SI	
Año	AÑO	4	Texto	Año correspondiente a la Semana Epidemiológica	SI	
Código del prestador de servicios de salud	COD_PRE	10	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" Ejemplo: 52 001 00001	SI	
Código de prestador de servicios de salud – Sub índice	COD_SUB	2	Texto	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que indica sede ó territorio.	SI	
Código del departamento, municipio de procedencia de los casos	COD_MUN	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE	SI	
Consecutivo	NUM_CON	5	Numérico	Numérico	NO	Se asigna un valor consecutivo para cada reporte generado por la misma UPGD en la misma semana por evento

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de microorganismo	TIPO_MICRO	1 Texto		1 = Bacteriano 2 = Fúngico 3 = Viral 4 = Parásito		SI	
Microorganismo	MICROORGAN	4 Texto		Según tabla de referencia		SI	
Perfil de resistencia	PERFIL_RES	4 Texto		Según tabla de referencia		SI	
Fecha de inicio del brote	FEC_INI_BR	10 Fecha		AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)		SI	debe ser menor o igual a la fecha de identificación
Fecha de identificación del brote	FEC_IDENBR	10 Fecha		AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)		SI	solo permitir fecha actual y fechas anteriores. Debe ser igual o mayor a la fecha de inicio del brote e inferior o igual a la fecha de notificación
Fecha del último caso	FEC_ULTCAS	10 Fecha		AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)		SI	Permite registrar fecha actual y hacia el pasado. Debe ser superior a la fecha de inicio del brote
Días transcurridos desde el último caso del brote	DIAS_TRANS	3 Numérico		Numérico		SI	Solo se calcula para brotes cerrados. Debe ser igual a los días transcurridos desde el último caso hasta la fecha del cierre de la ficha.
Estado del brote	EST_BRO	1 Texto		1 = Abierto 2 = Cerrado		SI	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de cierre del brote	FEC_CIERRE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Depende de condición 2=Cerrado en campo estado del brote. Permite registrar fecha actual y hacia el pasado. Debe ser superior a la fecha del último caso y mayor a 30 días después del ultimo caso
Aumento inusitado de casos	AUMENTO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nuevo aislamiento del microorganismo en la UPGD	NUERO_AISL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cambio de perfil de resistencia de un microorganismo	CAMRESIST	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Brote configurado en	CONFIG_EN	1	Texto	1 = Pacientes 2 = Trabajadores 3 = Ambos	SI	
Número de pacientes	PAC_NUM	2	Texto	Numérico	NDICION	Dependiente de respuesta 1=Sí o 3=Ambos en variable "Brote configurado en"
Número de trabajadores	TRAB_NUM	2	Texto	Numérico	NDICION	Dependiente de respuesta 2=Sí o 3=Ambos en variable "Brote configurado en"
Brote asociado a dispositivos – IAD	ASO_IAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Brote asociado a IAPMQ	ASO_IAPMQ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Brote asociado a Medicamentos, soluciones o desinfectantes	ASO_MEDIC1	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Brote asociado a Enfermedades gastrointestinales	ASO_ENFERM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Brote asociado a infecciones respiratorias agudas IRA	ASO_IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Brote asociado a Otros	ASO_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Brote asociado a - ¿Cuál otro?	OTR_ASO	25	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de Brote asociado a Otros en opción 1=Sí
Hipótesis de contagio	HIP_CONT	1	Texto	1 = Fallas en higiene de manos 2 = Fallas en procesos de limpieza y desinfección de áreas o superficies 3 = Asociación a medicamentos, soluciones o desinfectantes, posiblemente contaminados 4 = Fallas en procesos de aislamiento y cohortización de paciente 5 = Posible contaminación de agua 6 = Enfermedad Transmitida por Alimentos 7 = Uso inadecuado de EPP 8 = Otra	SI	
Hipótesis de contagio - ¿Cuál otro?	OTR_HIPO	30	Texto	Texto	NDICION	Dependiente de opción 8=Otra en variable Hipótesis de contagio
Total de infectados	TOTAL_INF	6	Numérico	>=1	SI	Debe ser igual a la suma del numero de pacientes y el número de trabajadores

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Total expuestos	TOTAL_EXP	6	Numérico	>=1	SI	El total de expuestos deberá ser mayor o igual al número de colonizados
Total de muertes asociadas	TOTAL_MUER	6	Numérico	>=0	SI	No puede ser superior al total de casos infectados
Total de muertes atribuibles	DEF_ATR	6	Numérico	>=0	SI	No puede ser superior al total de casos infectados
Casos colonizados	CAS_COL	6	Numérico	>=0	SI	no puede ser mayor al valor de número total de expuestos
Mortalidad	MORTALIDAD	6	Numérico	>=0.00	SI	valor porcentual calculado a partir de las Muertes asociadas / Número total de expuestos
Letalidad	LETALIDAD	6	Numérico	>=0.00	SI	valor porcentual calculado a partir del Número de Muertes atribuidas dentro del brote/numero total de casos infectados dentro del brote
Tasa de ataque del brote	TASA_ATAQ	6	Numérico	>=0.00	SI	valor porcentual a partir del Número de casos infectados dentro del brote / Número total de expuestos durante los días del brote.
Servicio donde se presentó el brote - UCI Adultos	EN_UCI_A	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infectedados UCI Adultos	INF_UCI_A	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Adultos en opción 1=Sí
Expuestos UCI Adultos	EXP_UCI_A	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Adultos en opción 1=Sí
Tasa de ataque UCI Intensiva Adultos	TAS_UCI_A	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Servicio donde se presentó el brote - UCI Pediátrica	EN_UCI_P	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Infectedados UCI Pediátrica	INF_UCI_P	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Pediátrica en opción 1=Sí
Expuestos UCI Pediátrica	EXP_UCI_P	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Pediátrica en opción 1=Sí
Tasa de ataque UCI Intensiva Pediátrica	TAS_UCI_P	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Servicio donde se presentó el brote - UCI Neonatal	EN_UCI_N	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infectedados UCI Neonatal	INF_UCI_N	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Neonatal en opción 1=Sí
Expuestos UCI Neonatal	EXP_UCI_N	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intensiva Neonatal en opción 1=Sí
Tasa de ataque UCI Intensiva Neonatal	TAS_UCI_N	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Servicio donde se presentó el brote - Unidad de cuidado intermedio Adultos	EN_UCI_IA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Infectedados Unidad de cuidado intermedio Adultos	INF_UCI_IA	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Adultos en opción 1=Sí
Tasa de ataque Unidad Intermedia Adultos	TAS_UCI_IA	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Unidad de cuidado intermedio Adultos	EXP_UCI_IA	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Adultos en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Unidad de cuidado intermedio Pediátrica	EN_UCI_IP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infectados Unidad de cuidado intermedio Pediátrica	INF_UCI_IP	6 Texto	>=0		NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Pediátrica en opción 1=Sí
Tasa de ataque Unidad Intermedia Pediátrica	TAS_UCI_IP	6 Numérico	>=0.00		NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Unidad de cuidado intermedio Pediátrica	EXP_UCI_IP	6 Texto	>=0		NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Pediátrica en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Unidad de cuidado intermedio Neonatal	EN_UCI_IN	1 Texto	1 = Sí 2 = No		NO	
Infectados Unidad de cuidado intermedio Neonatal	INF_UCI_IN	6 Texto	>=0		NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Neonatal en opción 1=Sí
Tasa de ataque Unidad Intermedia Neonatal	TAS_UCI_IN	6 Numérico	>=0.00		NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Unidad de cuidado intermedio Neonatal	EXP_UCI_IN	6 Texto	>=0		NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI Intermedia Neonatal en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - UCI básica Neonatal	EN_UCI_BN	1 Texto	1 = Sí 2 = No		NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infectedados UCI básica Neonata	INF_UCI_BN	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI básica Neonata en opción 1=Sí
Tasa de ataque Unidad básica Neonatal	TAS_BAS_NE	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos UCI básica Neonata	EXP_UCI_BN	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - UCI básica Neonata en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización Adultos	EN_UCI_HA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Infectedados Hospitalización Adultos	INF_UCI_HA	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización Adultos en opción 1=Sí
Tasa de ataque Hospitalización Adultos	TAS_HOS_AD	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Hospitalización Adultos	EXP_UCI_HA	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización Adultos en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Sala de Maternidad	EN_UCI_MA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infectedados Sala de Maternidad	INF_UCI_MA	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Sala de Maternidad en opción 1=Sí
Tasa de ataque Sala de Maternidad	TAS_MATER	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Sala de Maternidad	EXP_UCI_MA	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Sala de Maternidad en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización	EN_UCI_HO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Infectedados Hospitalización	INF_UCI_HO	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización en opción 1=Sí
Tasa de ataque Hospitalización	TAS_HOSPIT	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Expuestos Hospitalización	EXP_UCI_HO	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Hospitalización en opción 1=Sí
Servicio donde se presentó el brote - Otro servicio	EN_OTR_SER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nombre de otros servicios	LIST_OT_SE	254	Texto	Nombre de otros servicios (separados por '+')	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Otros en opción 1=Sí
Infectados otros servicios	INF_OTROS	6	Texto	>=0	NO	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Otros en opción 1=Sí
Expuestos Otros servicios	EXP_OTROS	6	Texto	>=0	NDICION	Dependiente de Servicio donde se presentó el brote - Otros en opción 1=Sí
Tasa de ataque otros servicios	TAS_OTROS	6	Numérico	>=0.00	NO	(Número de casos infectados dentro del servicio / Número total de expuestos en el servicio durante los días del brote) * 100
Número infecciones	NUM_INF	4	Numérico	>=1	SI	
Tipo de Infección 1	TIP_INFEC1	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Cantidad tipos de infección 1	CAN_TIPIN1	6	Numérico	>=0	SI	
Tipo de Infección 2	TIP_INFEC2	4	Texto	Según tabla de referencia	SI	
Cantidad tipos de infección 2	CAN_TIPIN2	6	Numérico	>=0	SI	
Tipo de Infección 3	TIP_INFEC3	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	
Cantidad tipos de infección 3	CAN_TIPIN3	6	Numérico	>=0	NO	
Tipo de Infección 4	TIP_INFEC4	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	
Cantidad tipos de infección 4	CAN_TIPIN4	6	Numérico	>=0	NO	
Tipo de Infección 5	TIP_INFEC5	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	
Cantidad tipos de infección 5	CAN_TIPIN5	6	Numérico	>=0	NO	
Número de muestras	NUM_MUESTR	4	Numérico	>=1	SI	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Muestra 1	TIP_MUEST1	4	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 22 = Lavado bronquial 32 = Secreciones	SI	
Cantidad tipos de muestra 1	CANT_MUES1	6	Numérico	>=0	SI	
Tipo de Muestra 2	TIP_MUEST2	4	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 22 = Lavado bronquial 32 = Secreciones	NO	
Cantidad tipos de muestra 2	CANT_MUES2	6	Numérico	>=0	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Muestra 3	TIP_MUEST3	4	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 22 = Lavado bronquial 32 = Secreciones	NO	
Cantidad tipos de muestra 3	CANT_MUES3	6	Numérico	>=0	NO	
Tipo de Muestra 4	TIP_MUEST4	4	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 22 = Lavado bronquial 32 = Secreciones	NO	
Cantidad tipos de muestra 4	CANT_MUES4	6	Numérico	>=0	NO	

**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de Muestra 5	TIP_MUESTRA_5	4	Texto	1 = Sangre Total, 2 = Orina 4 = Tejido 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaringeo 11 = Otros Líquidos Esteriles 12 = Saliva 13 = Suero 14 = Orofaringeo 15 = Alimentos 16 = Superficies 17 = Agua 22 = Lavado bronquial 32 = Secreciones	NO	
Cantidad tipos de muestra 5	CANT_MUESS5	6	Numérico	>=0	NO	
De 0 a 6 días - Infectados	G1_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
De 0 a 6 días - Expuestos	G1_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
7dias - 5 años - Infectados	G2_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
7dias - 5 años- Expuestos	G2_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
6 años- 11 años - Infectados	G3_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
6 años- 11 años- Expuestos	G3_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
12 años- 17 años - Infectados	G4_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
12 años- 17 años- Expuestos	G4_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
18 años-28 años- Infectados	G5_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
18 años-28 años- Expuestos	G5_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
29-59 años- Infectados	G6_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
29-59 años- Expuestos	G6_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	



**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Mayor de 60 años- Infectados	G7_INFECTA	5	Texto	>=0	SI	
Mayor de 60 años- Expuestos	G7_EXPUEST	5	Texto	>=0	SI	
Hombres	HOMB	5	Texto	>=0	SI	
Mujeres	MUJE	5	Texto	>=0	SI	
Envio muestra al laboratorio del INS	ENVIOA_INS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Microorganismo - INS	MICROO_INS	4	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de respuesta SI en envío muestra al laboratorio del INS
Perfil de resistencia - INS	RES_INS	4	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Dependiente de respuesta SI en envío muestra al laboratorio del INS
Cantidad de aislamientos enviados - INS	AISLA_INS	6	Numérico	>=0	NDICION	Dependiente de respuesta SI en envío muestra al laboratorio del INS
Se realizó análisis de clonalidad?	ANALI_CLON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de respuesta SI en envío muestra al laboratorio del INS
Los aislamientos fueron cloniales?	AISL_CLONA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NDICION	Dependiente de respuesta SI en envío muestra al laboratorio del INS
Cuántos fueron cloniales?	N_AISL_CLO	6	Numérico	>=0	NDICION	Dependiente de respuesta SI en "Los aislamientos fueron cionales"
Persona quien hizo el ajuste	NOM_DIL_FI	30	Texto	Texto	SI	

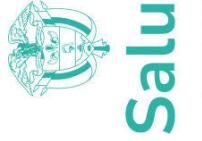
**Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (Cod. 957)**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1 <sup>a</sup> Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	No	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	No	
Nombre del evento de salud	NOM_EVE	255	Texto	Texto	Si	
Razón social o nombre de la UPGD	NOM_UPGD	255	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento de procedencia	NDEP_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio de procedencia	NMUN_PROCE	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del departamento que notifica	NDEP_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	
Nombre del municipio que notifica	NMUN_NOTIF	100	Texto	Texto	Si	



## Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Id	ID	38	Texto	Id del contacto	Si	
Primer Nombre	PRI_NOM	30	Texto	Primer Nombre del paciente Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Marco Alejandro Mol	Si	
Segundo Nombre	SEG_NOM	30	Texto	Segundo nombre del paciente No obligatorio	No	
Primer Apellido	PRI_APE	30	Texto	Primer apellido del paciente	Si	
Segundo Apellido	SEG_APE	30	Texto	Segundo apellido del paciente No obligatorio	No	



### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación	TIP_IDE	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD = Carné diplomático SC = Salvoconducto de permanencia DE = Documento Extranjero	Si	
Número Identificación	NUM_IDE	20	Texto	Número del documento señalado.	Si	

### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo Identificación de caso positivo	TIPIDE_POS	2	Texto	RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación. AS = Adulto sin identidad PE = Permiso Especial de Permanencia CN = Certificado de nacido vivo CD = Carné diplomático SC = Salvoconducto de permanencia DE = Documento Extranjero	SI	
Número Identificación del caso positivo	NUMIDE_POS	20	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Código Evento del caso positivo	COD_EVEPOS	4	Texto	Código del Evento según CIE X ó Código del Instituto Nacional de Salud.	SI	
Edad	EDAD	3	Texto	>=1 AND <=130	SI	
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	1 = Años 2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 = Minutos	SI	Si selecciona CC, TI, CE, en documento de identidad, unidad de medida solo debe ser 1
Sexo	SEXO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino	SI	

**Contactos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dirección de Residencia	DIR_RES	150	Texto	Dirección de residencia del paciente	SI	
Ocupación del paciente	OCUPACION	4	Texto	Código de la ocupación del usuario en el Sistema, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	SI	
Tipo de Régimen en Salud	TIP_SS	1	Texto	C = Contributivo S = Subsidiado P = Excepción E = Especial N = No Asegurado I = Indeterminado/Pendiente	SI	
Código Administradora	COD_ASE	6	Texto	Código de la entidad responsable de la atención del paciente. Código asignado por el MPS a la Administradora.	NDICION	Si se selecciona la opción N = "no asegurado" o la opción I = "Indeterminado/Pendiente", en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva la variable código de administradora. Para las demás opciones es obligatorio su diligenciamiento.
Código Municipio de Residencia del paciente	COD_MUN_R	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 001	SI	

### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha notificación	FEC_NOT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	SI	
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez 3 = Confirmado por Laboratorio 4 = Confirmado por Clínica 5 = Confirmador por Nexo Epidemiológico. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Descarte por error de digitacion	SI	
Teléfono Paciente	TELEFONO	25	Texto		SI	
Fecha De Nacimiento	FECHA_NTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	

### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Version	VERSION	30	Texto	Para uso interno. Versión del SIVIGILA con la que fue grabado o actualizado el registro	NO	
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	3 = Digitado con SIVIGILA 2014 o superior o ya fue transformado 5 = Digitado con SIVIGILA 2018 o superior o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Unidad que hace el ajuste del caso	UNI_MODIF	12	Texto	Código de la unidad que hace el ajuste del caso según se encuentra definido en la configuración de la UPGD que reporta datos a otro nivel	NO	
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0
Nacionalidad	NACIONALID	3	Texto	Según tabla de referencia	NDICION	Si AUUSTE es 0 o 7, Nacionalidad es obligatoria.
Antecedentes de viaje en último 14 días fuera del país	DESPLAZAM	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	

### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento - Ciudad 1 - Código	COD_MUN_D1	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 001	NO	Según tabla de referencia
Desplazamiento - Ciudad 2 - Código	COD_MUN_D2	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 001	NO	Según tabla de referencia
Desplazamiento - Ciudad 3 - Código	COD_MUN_D3	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Pasto = 001	NO	Según tabla de referencia
Desplazamiento - Ciudad 4 - Código	COD_MUN_D4	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplc: Pasto = 001	NO	Según tabla de referencia
Desplazamiento - Ciudad 5 - Código	COD_MUN_D5	5	Texto	Código del Municipio Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplp: Pasto = 001	NO	Según tabla de referencia
Nombre de la institución donde labora	INST_LABOR	150	Texto		NDICION	Dependiente de "Tipo de contacto" en opción 3
Correo Electrónico	COR_ELE	30	Texto		NO	
IdPadre	ID_PADRE	64	Texto	Id del registro de quien éste es contacto	SI	
Tipo de contacto	TIPO_CONTA	1	Texto	1 = Familiares 2 = De vuelo 3 = Personal de salud 4 = Sala de espera 5 = Sociales	NDICION	Obligatoria paa el evento Cod. 346

### Contactos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Rol	ROL	1	Texto	1 = Contacto 2 = Otro	SI	
Fecha de posible exposición	FEC_POS_EX	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Toma de muestra	TOMA_MUEST	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Fecha de toma de muestra	FEC_TOM_MU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Toma de muestra" en opción 1=Sí
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NDICION	Dependiente de "Toma de muestra" en opción 1=Sí
Sintomático	SINTOMATIC	1	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Fecha de inicio de síntomas	FEC_INI_SI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí



**Contactos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de grabación inicial	FECINI_GRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	

**Seguimiento a contactos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Id	ID	38	Texto	Id del registro de seguimiento	Si	
Id del contacto	ID_PERSONA	38	Texto	Id del contacto del cual este registro es seguimiento	Si	
Fecha seguimiento	FEC_SEGUMI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	Si	
Hora de seguimiento	HORA_SEGUIMI	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	NDICION	Obligatorio para el evento 346
Sintomático	SINTOMATIC	1	Texto	1=Sí 2= No	Si	
Hospitalizado	HOSPITALIZ	1	Texto	1=Sí 2= No	NDICION	Obligatorio para el evento 346
Síntomas Tos	TOS	1	Texto	1=Sí 2= No	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí
Síntomas Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1=Sí 2= No	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí
Síntomas Dificultad Respiratoria	DIF_RES	1	Texto	1=Sí 2= No	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí

**Seguimiento a contactos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sintomas Odinofagia	ODINOFAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí
Sintomas Adinamia	ADINAMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NDICION	Dependiente de "Sintomático" en opción 1=Sí
Seguimiento y clasificación final del caso (Ajuste)	AJUSTE	1	Texto	0 = No aplica, No Ajusta, 1ª Vez. 6 = Descartado 7 = Otro ajuste D = Desacarre por error de digitacion	SI	
Fecha del ajuste	FEC_AJU	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	
Estado de ingreso	EST_INGR	1	Numérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0

**Seguimiento a contactos**

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	3 = Digitado con SIVIGILA 2014 o superior o ya fue transformado 5 = Digitado con SIVIGILA 2018 o superior o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno
Fecha de grabación inicial	FECINI_GRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Corresponde a la fecha del sistema (systemdate) o a la fecha efectiva de digitación del registro o realizar un ajuste a un registro previo. (Obligatorio)	SI	

#### 4. ORDEN DE CAMPOS PARA INTEROPERATIVIDAD A TRAVÉS DE ARCHIVOS PLANOS

En cuanto a los campos a incluir en los archivos planos por parte de sistemas externos que deseen producir archivos de notificación cargables en el sistema aplicativo Sivigila, debe tenerse en cuenta que, si bien se ha tratado de mantener el mismo orden del diccionario de datos establecido en las secciones 1 a 3 de este documento, el orden específico es el que se establece en esta sección en donde, por cada conjunto de datos, se indica el nombre de cada campo; la semántica de cada uno de ellos la pueden encontrar en este mismo documento. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, debido a la dinámica de la vigilancia, es posible que para un evento, dejen de usarse variables que ya no responden a las necesidades de su vigilancia; en este caso si una, o más variables han entrado en desuso y aparecen listadas explícitamente en el orden de variables siguiente, ellas deben ser diligenciadas en blanco; por ejemplo, si en el evento Cod. 650, la variable *color* ha dejado de usarse, en el archivo plano los registros del evento deben diligenciar esa variable como una secuencia de dos comas seguidas: ,.

##### Para el archivo U de datos de caracterización de UPGD

```
SELECT Recordsource.fec_car, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.raz_soc, Recordsource.dir,;
Recordsource.rep_leg, Recordsource.cor_ele, Recordsource.res_not,;
Recordsource.tel, Recordsource.fec_con, Recordsource.nat_jur,;
Recordsource.niv, Recordsource.not_act, Recordsource.uni_ana,;
Recordsource.cov, Recordsource.tal_hum, Recordsource.tec_dis,;
Recordsource.com, Recordsource.fax_mod, Recordsource.tie_cor,;
Recordsource.int, Recordsource.tel_fax, Recordsource.rad_tel,;
Recordsource.act_siv, Recordsource.nit_upgd, Recordsource.es_uni_not,;
Recordsource.estadoupgd, Recordsource.loc_o_zona, Recordsource.version,;
Recordsource.fec_inicar, Recordsource.notif_iwas,;
Recordsource.hosp_unive, Recordsource.reg_excep,;
Recordsource.tot_camas, Recordsource.comite_inf,;
Recordsource.bi_profesi, Recordsource.iaas_ultim,;
Recordsource.inf_tenden, Recordsource.social_ten,;
Recordsource.lab_microb, Recordsource.lab_propio,;
Recordsource.labs_contr, Recordsource.ident_gye,;
Recordsource.prue_sucep, Recordsource.lab_automa, Recordsource.vitek,;
Recordsource.microscan, Recordsource.phoenix, Recordsource.lab_cci,;
Recordsource.lab_cce, Recordsource.micr_cdi, Recordsource.whonet,;
Recordsource.inform_pat, Recordsource.lab_con_pe,;
Recordsource.lab_rem_ce, Recordsource.lab_report,;
Recordsource.vigila_cab, Recordsource.psf_parcab,;
Recordsource.med_parcab, Recordsource.inf_antib,;
Recordsource.quien_vcab, Recordsource.ser_cirgen,;
Recordsource.ser_gineco, Recordsource.ser_circar,;
Recordsource.ser_cesare,;
Recordsource.ser_par_va, Recordsource.ser_coleci,;
Recordsource.ser_hernio, Recordsource.ser_revasc,;
Recordsource.notif_iad, Recordsource.notif_iso, Recordsource.notif_cab, Recordsource.EstadoTran,;
FROM ;
UPGD Recordsource
```

##### Para el archivo V de datos de caracterización de UCI en UPGD

```
SELECT Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub, Recordsource.id_uci,;
Recordsource.tipo_uci, Recordsource.tot_uci, Recordsource.comp_espac,;
Recordsource.n_cam_inte, Recordsource.sub_tipuci, Recordsource.activa,;
```



```
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
UPGD_UCIS Recordsource
```

#### Para el archivo R de datos de talento humano disponible para la vigilancia en UPGD

```
SELECT recordSource.cod_pre, recordSource.cod_sub, recordSource.cod_art, recordSource.valor;
FROM ;
Tal_hum as recordSource
```

#### Para el archivo N de datos básicos

```
SELECT Recordsource.cod_eve, Recordsource.fec_not, Recordsource.semana,;
Recordsource.año, Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub,;
Recordsource.pri_nom, Recordsource.seg_nom, Recordsource.pri_ape,;
Recordsource.seg_ape, Recordsource.tip_ide, Recordsource.num_ide,;
Recordsource.edad, Recordsource.uni_med, Recordsource.sexo,;
Municipios.cod_pais AS cod_pais_o,;
LEFT(Recordsource.cod_mun,2) AS cod_dpto_o,;
RIGHT(Recordsource.cod_mun,3) AS cod_mun_o, Recordsource.area,;
Recordsource.localidad, Recordsource.cen_poblad,;
PADR(Recordsource.vereda,106) AS vereda,;
PADR(Recordsource.bar_ver,40) AS bar_ver,;
PADR(Recordsource.dir_res,50) AS dir_res, Recordsource.ocupacion,;
Recordsource.tip_ss, Recordsource.cod_ase, Recordsource.per_etn,;
Recordsource_gp_discapa, Recordsource_gp_desplaz,;
Recordsource_gp_migrant, Recordsource_gp_carcela,;
Recordsource_gp_gestan, Recordsource_gp_indigen,;
Recordsource_gp_pobicfb, Recordsource_gp_mag_com,;
Recordsource_gp_desmovi, Recordsource_gp_psiquia,;
Recordsource_gp_vic_vio, Recordsource_gp_otros,;
LEFT(mun_pro,2) AS cod_dpto_r, RIGHT(mun_pro,3) AS cod_mun_r,;
Recordsource.fec_con, Recordsource.ini_sin, Recordsource.tip_cas,;
Recordsource.pac_hos, Recordsource.fec_hos, Recordsource.con_fin,;
Recordsource.fec_def, Recordsource.ajuste, Recordsource.telefono,;
Recordsource.fecha_nto, Recordsource.cer_def, Recordsource.cbmte,;
DATE() AS fec_arc_pl,;
PADR(Recordsource.nom_dil_fi,100) AS nom_dil_fi,;
Recordsource.tel_dil_fi, Recordsource.fec_aju, Recordsource.fm_fuerza,;
Recordsource.fm_unidad, Recordsource.fm_grado, Recordsource.inmediata,;
Recordsource.version, Recordsource.estadotran, Recordsource.ingr_x_ni,;
Recordsource.uni_modif, Recordsource.fec_reacti,;
Recordsource.cod_uni_sa, Recordsource.tipo_donan,;
Recordsource.tipo_prueb, Recordsource.est_ingr, Recordsource.fuente,;
Recordsource.estrato, Recordsource.sem_ges, Recordsource.grupo_etni,;
Recordsource.nacionalid, Recordsource.id_vereda, Recordsource.lat_dir,;
Recordsource.long_dir, Recordsource.confgeodir,;
Recordsource.iden_gener,;
PADR(Recordsource.ota_ident,30) AS otra_ident,;
Recordsource.orient_sex,;
PADR(Recordsource.ota_orien,30) AS otra_orien, "" AS control1,;
"" AS control2, "" AS control3, PADR("",1) AS control4;
```



FROM ;  
Paciente Recordsource ;  
LEFT OUTER JOIN municipios ;  
ON Recordsource.cod\_mun = Municipios.cod\_mun

**Para el archivo B de datos colectivos**

```
SELECT Recordsource.cod_eve, Recordsource.fec_not, Recordsource.semana,;  
Recordsource.año, Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub,;  
Recordsource.cod_mun, Recordsource.num_con, Recordsource.gru_1,;  
Recordsource.gru_2, Recordsource.grupo_3, Recordsource.grupo_4,;  
Recordsource.grupo_5, Recordsource.grupo_6, Recordsource.grupo_7,;  
Recordsource.grupo_8, Recordsource.grupo_9, Recordsource.grupo_10,;  
Recordsource.grupo_11, Recordsource.grupo_12, Recordsource.grupo_13,;  
Recordsource.grupo_14, Recordsource.grupo_15, Recordsource.grupo_16,;  
Recordsource.grupo_17, Recordsource.grupo_18, Recordsource.cas_sos,;  
Recordsource.cas_pro, Recordsource.cas_conl, Recordsource.cas_conc,;  
Recordsource.cas_conn, Recordsource.hombres, Recordsource.mujeres,;  
Recordsource.vivos, Recordsource.muertos, Recordsource.pte_hos, Recordsource.pte_amb,;  
LEFT(mun_pro,2) AS cod_dpto_p, RIGHT(mun_pro,3) AS cod_mun_pr,;  
Recordsource.bar_sector, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.Version,;  
Recordsource.sospe_even, Recordsource.cual_ot_ev ;  
FROM Brotes Recordsource
```

Eventos(s): 650 ,652

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;  
Recordsource.num.ide, Recordsource.fec_not, Recordsource.cla_ini_ca,;  
Recordsource.nom_pro, Recordsource.dir_pro, Recordsource.tel_pro,;  
Recordsource.cod_dep_pr, Recordsource.cod_mun_pr, Recordsource.esp_ani,;  
Recordsource.raza, Recordsource.color, Recordsource.edad,;  
Recordsource.uni_med, Recordsource.ant_vac, Recordsource.fec_vac,;  
Recordsource.area_pro, Recordsource.agresivida, Recordsource.paralisis,;  
Recordsource.salivacion, Recordsource.apetito, Recordsource.voracidad,;  
Recordsource.deglucion, Recordsource.ladrillo, Recordsource.mandibula,;  
Recordsource.anisocoria, Recordsource.otro_ss, Recordsource.otros_cual,;  
Recordsource.f_ini_sin, Recordsource.muerte, Recordsource.fec_mue,;  
Recordsource.f_tom_mue, Recordsource.f_tom_rem,;  
Recordsource.pr_dia_con, Recordsource.resultado, Recordsource.ide_vv,;  
Recordsource.var.ide, Recordsource.var_i_cual, Recordsource.des_m_cual,;  
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;  
FROM ;  
Eventos_24 Recordsource
```

Eventos(s): 591



```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.sit_defunc, Recordsource.nom_madre,;
Recordsource.apel_madre, Recordsource.tip_ide_ma,;
Recordsource.num_ide_ma, Recordsource.edad_madre,;
Recordsource.num_hi_viv, Recordsource.num_hi_mue,;
Recordsource.est_conyug, Recordsource.ult_año_es,;
Recordsource.mecanismo1, Recordsource.mecanismo2,;
Recordsource.mecanismo3, Recordsource.mecanismo4,;
Recordsource.asis_medic, Recordsource.c_direct_a,;
Recordsource.c_antecb, Recordsource.c_antecc, Recordsource.c_antecd,;
Recordsource.otr_patol, Recordsource.cau_pr_scm,;
Recordsource.clas_caso, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.est_ingr,;
FROM ;
Eventos_82 Recordsource
```

Eventos(s): 355

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.nauseas, Recordsource.vomito,;
Recordsource.diarrea, Recordsource.fiebre, Recordsource.calambres,;
Recordsource.cefalea, Recordsource.deshidrata, Recordsource.cianosis,;
Recordsource.mialgias, Recordsource.artralgias, Recordsource.mareo,;
Recordsource.lmaculopal, Recordsource.escalofrio, ;
Recordsource.parestesia, Recordsource.sialorrea, Recordsource.miosis,;
Recordsource.otros, Recordsource.cual, Recordsource.hora_ini,;
Recordsource.ali_in_na1, Recordsource.ali_in_hm1,;
Recordsource.ali_in_lc1, Recordsource.ali_in_na2,;
Recordsource.ali_in_hm2, Recordsource.ali_in_lc2,;
Recordsource.ali_in_na3, Recordsource.ali_in_hm3,;
Recordsource.ali_in_lc3, Recordsource.ai_ant_na1,;
Recordsource.ai_ant_hm1, Recordsource.ai_ant_lc1,;
Recordsource.ai_ant_na2, Recordsource.ai_ant_hm2,;
Recordsource.ai_ant_lc2, Recordsource.ai_ant_na3,;
Recordsource.ai_ant_hm3, Recordsource.ai_ant_lc3,;
Recordsource.ai_an2_na1, Recordsource.ai_an2_hm1,;
Recordsource.ai_an2_lc1, Recordsource.ai_an2_na2,;
Recordsource.ai_an2_hm2, Recordsource.ai_an2_lc2,;
Recordsource.ai_an2_na3, Recordsource.ai_an2_hm3,;
Recordsource.ai_an2_lc3, Recordsource.nom_lug, Recordsource.dir_lug,;
Recordsource.aso_bro, Recordsource.captado, Recordsource.relacion,;
Recordsource.mtra_biolo, Recordsource.mtra_heces,;
Recordsource.mtra_vomit, Recordsource.mtra_sangr,;
```



```
Recordsource.mtra_otra, Recordsource.cual_tip_m, Recordsource.agente1,;
Recordsource.agente2, Recordsource.agente3, Recordsource.agente4, Recordsource.CUAL_OT_AG,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_22 Recordsource
```

Eventos(s): 605

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.vac_con_ro, Recordsource.fec_dosis1,;
Recordsource.fec_dosis2, Recordsource.tiene_carn,;
Recordsource.peso_nac, Recordsource.rec_leche, Recordsource.cuan_rec_l,;
Recordsource.alim_actua, Recordsource.fiebre, Recordsource.vomito,;
Recordsource.no_episodi, Recordsource.fec_ini_di,;
Recordsource.no_depos, Recordsource.fec_ter_di,;
Recordsource.carac_hece, Recordsource.cual_car_h,;
Recordsource.estado_ing, Recordsource.grad_deshi,;
Recordsource.peso_ingr, Recordsource.talla_ingr,;
Recordsource.rec_antibi, Recordsource.cual_antib,;
Recordsource.trat_hidra, Recordsource.comp_hosp,;
Recordsource.cual_comp, Recordsource.rec_ant_ho,;
Recordsource.cual_ant_h, Recordsource.dias_hosp,;
Recordsource.dias_h_urg, Recordsource.dias_h_ped,;
Recordsource.dias_h_uci, Recordsource.fec_egreso,;
Recordsource.motivo_egr, Recordsource.sal_con_di,;
Recordsource.diag_egr, Recordsource.fec_recole, Recordsource.fec_recep,;
Recordsource.fec_result, Recordsource.ident_rota,;
Recordsource.serotipo_g, Recordsource.serotipo_p,;
Recordsource.ident_bact, Recordsource.cual_bact,;
Recordsource.ident_para, Recordsource.cual_para,;
Recordsource.guarderia, Recordsource.cual_guar,;
Recordsource.mas_person,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_33 Recordsource
```

Eventos(s): 305

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
```



```
Recordsource.num_ide, Recordsource.t_en_resid, Recordsource.triq_previ,;
Recordsource.ojo_cirugi, Recordsource.par_ojoder,;
Recordsource.par_ojoizq, Recordsource.cic_mucosa,;
Recordsource.cic_muc_oj, Recordsource.dep_parsup,;
Recordsource.dep_ps_oj, Recordsource.pest_ps_od,;
Recordsource.pest_ps_oi, Recordsource.dep_parinf,;
Recordsource.dep_pi_oj, Recordsource.pest_pi_od,;
Recordsource.pest_pi_oi, Recordsource.pest_go_ps,;
Recordsource.pego_ps_oj, Recordsource.pego_ps_od,;
Recordsource.pego_ps_oi, Recordsource.pest_go_pi,;
Recordsource.pego_pi_oj, Recordsource.pego_pi_od,;
Recordsource.pego_pi_oi, Recordsource.pestcornea,;
Recordsource.pes_cor_oj, Recordsource.pes_cor_od,;
Recordsource.pes_cor_oi, Recordsource.opc_cornea,;
Recordsource.eng_parpad, Recordsource.pes_malpos,;
Recordsource.cuerpo_ext, Recordsource.fotofobia,;
Recordsource.agudeza_od, Recordsource.agudeza_oi,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_61 Recordsource
```

Eventos(s): 359

```
SELECT Recordsource.mes, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.num_con,;
Recordsource.fec_not, Recordsource.ser_uci_a, Recordsource.cam_uci_a,;
Recordsource.dia_pac_a, Recordsource.n_itsac_a, Recordsource.d_itsac_a,;
Recordsource.n_istua_a, Recordsource.d_istua_a, Recordsource.n_nav_a,;
Recordsource.d_nav_a, Recordsource.ser_uci_ia, Recordsource.cam_uci_ia,;
Recordsource.dia_pac_ia, Recordsource.n_itsac_ia,;
Recordsource.d_itsac_ia, Recordsource.n_istua_ia,;
Recordsource.d_istua_ia, Recordsource.n_nav_ia, Recordsource.d_nav_ia,;
Recordsource.ser_uci_p, Recordsource.cam_uci_p, Recordsource.dia_pac_p,;
Recordsource.n_itsac_p, Recordsource.d_itsac_p, Recordsource.n_istua_p,;
Recordsource.d_istua_p, Recordsource.n_nav_p, Recordsource.d_nav_p,;
Recordsource.ser_uci_ip, Recordsource.cam_uci_ip,;
Recordsource.dia_pac_ip, Recordsource.n_itsac_ip,;
Recordsource.d_itsac_ip, Recordsource.n_istua_ip,;
Recordsource.d_istua_ip, Recordsource.n_nav_ip, Recordsource.d_nav_ip,;
Recordsource.ser_uci_n, Recordsource.cam_uci_n, Recordsource.dia_pac_n,;
Recordsource.n_c_n1_s_n, Recordsource.n_d_c1_s_n,;
Recordsource.n_d_p1_s_n, Recordsource.n_c_n2_s_n,;
Recordsource.n_d_c2_s_n, Recordsource.n_d_p2_s_n,;
Recordsource.n_c_n3_s_n, Recordsource.n_d_c3_s_n,;
Recordsource.n_d_p3_s_n, Recordsource.n_c_n4_s_n,;
Recordsource.n_d_c4_s_n, Recordsource.n_d_p4_s_n,;
Recordsource.n_c_n5_s_n, Recordsource.n_d_c5_s_n,;
Recordsource.n_d_p5_s_n, Recordsource.n_c_n1_v_n,;
Recordsource.n_d_c1_v_n, Recordsource.n_d_p1_v_n,;
Recordsource.n_c_n2_v_n, Recordsource.n_d_c2_v_n,;
Recordsource.n_d_p2_v_n, Recordsource.n_c_n3_v_n,;
```



```
Recordsource.n_d_c3_v_n, Recordsource.n_d_p3_v_n;;
Recordsource.n_c_n4_v_n, Recordsource.n_d_c4_v_n;;
Recordsource.n_d_p4_v_n, Recordsource.n_c_n5_v_n;;
Recordsource.n_d_c5_v_n, Recordsource.n_d_p5_v_n;;
Recordsource.ser_uci_in, Recordsource.cam_uci_in;;
Recordsource.dia_pac_in, Recordsource.n_c_n1_sin;;
Recordsource.n_d_c1_sin, Recordsource.n_d_p1_sin;;
Recordsource.n_c_n2_sin, Recordsource.n_d_c2_sin;;
Recordsource.n_d_p2_sin, Recordsource.n_c_n3_sin;;
Recordsource.n_d_c3_sin, Recordsource.n_d_p3_sin;;
Recordsource.n_c_n4_sin, Recordsource.n_d_c4_sin;;
Recordsource.n_d_p4_sin, Recordsource.n_c_n5_sin;;
Recordsource.n_d_c5_sin, Recordsource.n_d_p5_sin;;
Recordsource.n_c_n1_vin, Recordsource.n_d_c1_vin;;
Recordsource.n_d_p1_vin, Recordsource.n_c_n2_vin;;
Recordsource.n_d_c2_vin, Recordsource.n_d_p2_vin;;
Recordsource.n_c_n3_vin, Recordsource.n_d_c3_vin;;
Recordsource.n_d_p3_vin, Recordsource.n_c_n4_vin;;
Recordsource.n_d_c4_vin, Recordsource.n_d_p4_vin;;
Recordsource.n_c_n5_vin, Recordsource.n_d_c5_vin;;
Recordsource.n_d_p5_vin, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
    Eventos_88 Recordsource
```

Eventos(s): LABORATORIOS

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre;;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide;;
Recordsource.num_ide, Recordsource.control, Recordsource.pri_nom;;
Recordsource.seg_nom, Recordsource.pri_ape, Recordsource.seg_ape;;
Recordsource.fec_exa, Recordsource.fec_rec, Recordsource.muestra;;
Recordsource.prueba, Recordsource.agente, Recordsource.resultado;;
Recordsource.fec_exp, Recordsource.valor, Recordsource.telefono;;
Recordsource.direccion, Recordsource.tip_reg_sa, Recordsource.cod_ase;;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.estadotran;
FROM ;
    Laboratorios Recordsource
```

Eventos(s): 607

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre;;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide;;
Recordsource.num_ide, Recordsource.nom_famili, Recordsource.telefono1;;
Recordsource.telefono2, Recordsource.fec_ingres, Recordsource.codpais1;;
Recordsource.coddep1, Recordsource.codmun1, Recordsource.fec_desp1;;
Recordsource.codpais2, Recordsource.coddep2;;
```



Recordsource.codmun2, Recordsource.fec\_desp2, ;  
Recordsource.codpais3, Recordsource.coddep3, Recordsource.codmun3, ;  
Recordsource.fec\_desp3, Recordsource.codpais4, ;  
Recordsource.coddep4, Recordsource.codmun4, Recordsource.fec\_desp4, ;  
Recordsource.codpais5, Recordsource.coddep5, ;  
Recordsource.codmun5, Recordsource.fec\_desp5, ;  
Recordsource.fiebre, Recordsource.vomito, Recordsource.sangrados, ;  
Recordsource.edema, Recordsource.cefalea, Recordsource.dolor\_abdo, ;  
Recordsource.aste\_adini, Recordsource.erupcion, Recordsource.dolor\_mus, ;  
Recordsource.anorexia, Recordsource.diarrhea, Recordsource.conjuntivi, ;  
Recordsource.otros\_sign, Recordsource.cual\_otro, Recordsource.codpais6, ;  
Recordsource.coddep6, Recordsource.codmun6, Recordsource.fec\_desp6, ;  
Recordsource.codmun7, Recordsource.coddep7, ;  
Recordsource.codpais7, Recordsource.fec\_desp7, ;  
Recordsource.codpais8, Recordsource.codmun8, Recordsource.coddep8, ;  
Recordsource.fec\_desp8, Recordsource.nom\_conta1, Recordsource.tel\_conta1, ;  
Recordsource.fec\_conta1, Recordsource.nom\_conta2, ;  
Recordsource.tel\_conta2, Recordsource.fec\_conta2, ;  
Recordsource.nom\_conta3, Recordsource.tel\_conta3, ;  
Recordsource.fec\_conta3, Recordsource.nom\_conta4, ;  
Recordsource.tel\_conta4, Recordsource.fec\_conta4, ;  
Recordsource.nom\_conta5, Recordsource.tel\_conta5, ;  
Recordsource.fec\_conta5, Recordsource.nom\_conta6, ;  
Recordsource.tel\_conta6, Recordsource.fec\_conta6, ;  
Recordsource.nom\_conta7, Recordsource.tel\_conta7, ;  
Recordsource.fec\_conta7, Recordsource.fec\_entrev, ;  
Recordsource.hora\_entre, Recordsource.cargo\_entr, Recordsource.ajuste, ;  
Recordsource.fec\_aju, ;  
FROM ;  
Eventos\_92 Recordsource

Eventos(s): 356

SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod\_pre, ;  
Recordsource.cod\_sub, Recordsource.cod\_eve, Recordsource.tip\_ide, ;  
Recordsource.num\_ide, Recordsource.asiste\_sol, Recordsource.nom\_acompa, ;  
Recordsource.parentesco, Recordsource.cual\_paren, ;  
Recordsource.inten\_prev, Recordsource.intentos, ;  
Recordsource.prob\_legal, Recordsource.prob\_parej, ;  
Recordsource.prob\_consumo, Recordsource.antec\_tran, ;  
Recordsource.hist\_famil, Recordsource.idea\_suici, ;  
Recordsource.pacto\_suic, Recordsource.enfer\_grav, ;  
Recordsource.tran\_depre, Recordsource.trans\_pers, ;  
Recordsource.esquizofre, Recordsource.ahorcamiens, ;  
Recordsource.arma\_corto, Recordsource.lanz\_vacio, ;  
Recordsource.lanz\_vehic, Recordsource.intoxicaci, ;  
Recordsource.arma\_fuego, Recordsource.otr\_mecani, ;  
Recordsource.cual\_mecan, Recordsource.compro\_vit, ;  
Recordsource.psiquiatri, Recordsource.psicologia, ;  
Recordsource.trab\_socia, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec\_aju, ;  
Recordsource.estado\_civ, Recordsource.muerte\_fam, ;  
Recordsource.prob\_econo, Recordsource.tipo\_susta, ;



```
Recordsource.fec_ocurr, Recordsource.escolarid,;
Recordsource.suici_fm_a, Recordsource.prob_labor,;
Recordsource.trast_pers, Recordsource.lanz_agua,;
Recordsource.maltr_fps, Recordsource.antec_v_a,;
Recordsource.inmolacion, Recordsource.esco_educ,;
Recordsource.plan_suici, Recordsource.via_exposi,;
Recordsource.cod_sust, Recordsource.nom_pro, Recordsource.lugar_int,;
Recordsource.abuso_alco, Recordsource.estadotran, Recordsource.prob_famil,;
FROM ;
Eventos_77 Recordsource
```

Eventos(s): 228

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.dean_16, Recordsource.dean_15,;
Recordsource.dean_13, Recordsource.dean_12, Recordsource.dean_11,;
Recordsource.dean_21, Recordsource.dean_22, Recordsource.dean_23,;
Recordsource.dean_25, Recordsource.dean_26, Recordsource.dean_36,;
Recordsource.dean_46, Recordsource.clas_les, Recordsource.caries,;
Recordsource.t_caries, Recordsource.cons_agua, Recordsource.ing_crem,;
Recordsource.ing_enjua, Recordsource.t_flour, Recordsource.lact_mater,;
Recordsource.Ajuste, Recordsource.Fec_aju, Recordsource.cant_crem,;
Recordsource.fr_cepilla, Recordsource.r_cepilla, Recordsource.orig_sal,;
Recordsource.cons_sal, Recordsource.res_pac, Recordsource.res_madre,;
FROM EVENTOS_49 Recordsource
```

Eventos(s): 740

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.condendiag, Recordsource.con_pre,;
Recordsource.eda_ges, Recordsource.tomaserolo, Recordsource.eg_pri_s,;
Recordsource.resservdrl, Recordsource.pruefrepon,;
Recordsource.eg_pr_trep, Recordsource.que_pr_tre,;
Recordsource.resultrepo, Recordsource.tratamient,;
Recordsource.semgestin, Recordsource.pen_benzat, Recordsource.tto_con,;
Recordsource.nom_madre, Recordsource.tip_ide_ma,;
Recordsource.num_ide_ma, Recordsource.res_gestac,;
Recordsource.no_product, Recordsource.eda_ges_na,;
Recordsource.res_ser_mp, Recordsource.resultsero,;
Recordsource.estad_clin, Recordsource.fec_ttgomad, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.DIA_EMBACT, Recordsource.TIEM_RESID,;
FROM ;
Eventos_44 Recordsource
```



Eventos(s): 750

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.condendiag, Recordsource.con_pre,;
Recordsource.eda_ges, Recordsource.pr_no_trep, Recordsource.eg_pri_s,;
Recordsource.resservdrl, Recordsource.pruetrepon,;
Recordsource.eg_pr_trep, Recordsource.que_pr_tre,;
Recordsource.resultrepo, Recordsource.rec_tto, Recordsource.semgestin,;
Recordsource.pen_benzat, Recordsource.tto_con, Recordsource.estad_clin,;
Recordsource.fec_ttormad, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.DIA_EMBACT, Recordsource.TIEM_RESID;
FROM ;
Eventos_11 Recordsource
```

Eventos(s): 352

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.compl_serv, Recordsource.conte_proc,;
Recordsource.procedimie, Recordsource.anest_raqu,;
Recordsource.anest_peri, Recordsource.anest_gene,;
Recordsource.circ_extra, Recordsource.fec_proc,;
Recordsource.fec_re_isq, Recordsource.fec_id_inf,;
Recordsource.clasif_asa, Recordsource.tipoherida,;
Recordsource.durac_proc, Recordsource.prf_antib,;
Recordsource.cual_antbi, Recordsource.tiem_anter,;
Recordsource.tiem_duran, Recordsource.tiem_despu,;
Recordsource.estan_hosp, Recordsource.dias_estan,;
Recordsource.neces_hosp, Recordsource.dias_hosp,;
Recordsource.laparoscop, Recordsource.reus_disp,;
Recordsource.reut_lapar, Recordsource.reut_lapiz,;
Recordsource.reut_cauch, Recordsource.reut_otros,;
Recordsource.otro_eleme, Recordsource.nhsn_nniis,;
Recordsource.reingreso, Recordsource.diabetes, Recordsource.inmunosupr,;
Recordsource.obeso, Recordsource.cancer, Recordsource.desnutri,;
Recordsource.preclampsia, Recordsource.rotura_mem, Recordsource.anemia,;
Recordsource.sedacion, Recordsource.profilacti,;
Recordsource.terapeutic, Recordsource.presuntiva, Recordsource.soporte,;
Recordsource.her_inguin, Recordsource.her_femora,;
Recordsource.her_umbili, Recordsource.her_spiege,;
Recordsource.her_epigas, Recordsource.eventorraf,;
Recordsource.sup_primar, Recordsource.n_sup_prim,;
Recordsource.sup_secund, Recordsource.n_sup_secu,;
Recordsource.prof_prima, Recordsource.n_prof_pri,;
Recordsource.prof_secun, Recordsource.n_prof_sec,;
Recordsource.org_espaci, Recordsource.n_org_espa,;
Recordsource.estadotran, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
```



```
Recordsource.inst_proce, Recordsource.req_interv,;
Recordsource.tiem_ningu, Recordsource.dur_proc_m,;
Recordsource.tiem_entre, Recordsource.atenc_upgd,;
Recordsource.cups_proce, Recordsource.tiempo_par,;
Recordsource.tiempo_rup, Recordsource.diabet_mel, Recordsource.peso,;
Recordsource.talla, Recordsource.org_esp_af, Recordsource.detec_infe;
FROM ;
Eventos_76 Recordsource
```

Eventos(s): 357

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.tipo_uci, Recordsource.comp_espac,;
Recordsource.fec_egr_in, Recordsource.fec_inguci,;
Recordsource.fec_egruci, Recordsource.num_cama, Recordsource.reingreso,;
Recordsource.remitido, Recordsource.caso_extra, Recordsource.nom_inst,;
Recordsource.peso_nac, Recordsource.dx_ppal, Recordsource.tipo_iad,;
Recordsource.crit_nav, Recordsource.crit_itsac,;
Recordsource.crit_istua, Recordsource.fec_diag, Recordsource.fec_alta,;
Recordsource.iad_polim, Recordsource.rep_cultiv,;
Recordsource.ventilador, Recordsource.fec_in_ven,;
Recordsource.fec_re_ven, Recordsource.cat_centra,;
Recordsource.fec_in_cc, Recordsource.fec_re_cc,;
Recordsource.cat_urinar, Recordsource.fec_in_cu,;
Recordsource.fec_re_cu, Recordsource.cancer, Recordsource.corticoter,;
Recordsource.desnutric, Recordsource.diabetes, Recordsource.dialisis,;
Recordsource.edad, Recordsource.enf_renal, Recordsource.epoc,;
Recordsource.inmunosupr, Recordsource.paralisis, Recordsource.vih_sida,;
Recordsource.infec_prev, Recordsource.quimioter,;
Recordsource.traumatism, Recordsource.obesidad,;
Recordsource.prematurez, Recordsource.otro_fact, Recordsource.cual_fact, Recordsource.antib_1,;
Recordsource.antib_2, Recordsource.antib_3, Recordsource.antib_4,;
Recordsource.dias_prein,;
Recordsource.dias_es_as, Recordsource.dias_estan,;
Recordsource.mort_asoc, Recordsource.mort_atrib, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.VALOR_PESO,;
Recordsource.INSERT_UCI, Recordsource.RETIRO_48H;
FROM ;
EVENTOS_87 Recordsource
```

Eventos(s): 465

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
```



```
Recordsource.num_ide, Recordsource.vig_activa, Recordsource.sintomatic,;
Recordsource.clas_caso, Recordsource.nuevo, Recordsource.recudece,;
Recordsource.trimestre, Recordsource.tratamient,;
Recordsource.f_ini_trat, Recordsource.tipoexamen,;
Recordsource.reuento, Recordsource.gametocito,;
Recordsource.complicaci, Recordsource.com_cerebr,;
Recordsource.com_renal, Recordsource.com_hepati,;
Recordsource.com_pulmon, Recordsource.com_hemato,;
Recordsource.com_otras, Recordsource.esp_pla, Recordsource.resp_diag,;
Recordsource.result_exa, Recordsource.fec_result,;
Recordsource.estadotran,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju, RecordSource.DESPLAZAMI, RecordSource.CODMUN1;
FROM ;
eventos_65 Recordsource
```

Eventos(s): 549

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.pte_remtda, Recordsource.codinst_r1,;
Recordsource.inst_refe1, Recordsource.codinst_r2,;
Recordsource.inst_refe2, Recordsource.tiem_remis,;
Recordsource.num_gestac, Recordsource.num_parvag,;
Recordsource.num Cesare, Recordsource.num_aborto,;
Recordsource.num_molas, Recordsource.num_ectopi,;
Recordsource.num_muerto, Recordsource.num_vivos,;
Recordsource.per_interg, Recordsource.no_con_pre,;
Recordsource.sem_c_pren, Recordsource.term_gesta,;
Recordsource.moc_rel_tg, Recordsource.eclampisia,;
Recordsource.choq_septi, Recordsource.choq_hipov,;
Recordsource.falla_card, Recordsource.falla_vasc,;
Recordsource.falla_rena, Recordsource.falla_hepa,;
Recordsource.falla_meta, Recordsource.falla_cere,;
Recordsource.falla_resp, Recordsource.falla_coag,;
Recordsource.ingres_uci, Recordsource.cir_adicio,;
Recordsource.transfusio, Recordsource.ttl_criter,;
Recordsource.dias Hospi, Recordsource.dias_c_int,;
Recordsource.unds_trans, Recordsource.cir_adic_1,;
Recordsource.adic1_otro, Recordsource.cir_adic_2,;
Recordsource.adic2_otro, Recordsource.caus_princ,;
Recordsource.caus_agrup, Recordsource.caus_asoc1,;
Recordsource.caus_asoc2, Recordsource.caus_asoc3,;
Recordsource.fec_egreso, Recordsource.fec_ul_ges,;
Recordsource.preclampsia, Recordsource.rupt_uteri,;
Recordsource.aborto_sep, Recordsource.emb_ectopi,;
Recordsource.autoimmune, Recordsource.hematologi,;
Recordsource.oncologica, Recordsource.endoc_meta, Recordsource.renales,;
Recordsource.gastrointe, Recordsource.eve_trombo,;
Recordsource.card_cereb, Recordsource.otras_enfe,;
Recordsource.accidente, Recordsource.intox_acci,;
Recordsource.inten_suic, Recordsource.vic_violent,;
```



```
Recordsource.otros_even, Recordsource.cual_event, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.peso_macx, Recordsource.peso_macd,;
Recordsource.emb_mult, Recordsource.estado_ma,;
Recordsource.ed_ter_ges, Recordsource.enfe_molar, Recordsource_egreso;
FROM ;
    EVENTOS_48 Recordsource
```

Eventos(s): 362

```
SELECT Recordsource.mes, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.Filler, Recordsource.num_con,;
Recordsource.fec_not, Recordsource.n_colecist, Recordsource.d_colecist,;
Recordsource.n_herniorr, Recordsource.d_herniorr,;
Recordsource.n_revascul, Recordsource.d_revascul,;
Recordsource.n Cesarea, Recordsource.d_Cesarea,;
Recordsource.n_postcesa, Recordsource.d_postcesa,;
Recordsource.n_postpart, Recordsource.d_postpart, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju;
FROM ;
    Eventos_90 Recordsource
```

Eventos(s): 310

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.carne_vacu, Recordsource.vac_fa1,;
Recordsource.fec_fa1, Recordsource.fiebre, Recordsource.malgias,;
Recordsource.artralgia, Recordsource.cefalea, Recordsource.vomito,;
Recordsource.ictericia, Recordsource.hemoptisis, Recordsource.sfaget,;
Recordsource.hipiremia, Recordsource.hematemesi, Recordsource.oliguria,;
Recordsource.petequias, Recordsource.metrorragi, Recordsource.choque,;
Recordsource.bradicardi, Recordsource.melenas, Recordsource.equimosis,;
Recordsource.epistaxis, Recordsource.hematuria,;
Recordsource.falla_rena, Recordsource.falla_hepa,;
Recordsource.hepatomega, Recordsource.cas_fa, Recordsource.codmuninfe,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
    Eventos_01 Recordsource
```

Eventos(s): 450



```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.caso, Recordsource.cla_clinic,;
Recordsource.num_lesion, Recordsource.baciloscop,;
Recordsource.fec_bacilo, Recordsource.res_bacilo,;
Recordsource.fec_res_ba, Recordsource.biopsia, Recordsource.fec_tom_bi,;
Recordsource.res_bio, Recordsource.fec_res_bi, Recordsource.max_gra_di,;
Recordsource.pre_rea_le, Recordsource.inic_trata,;
Recordsource.fec_ini_tr, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
Eventos_03 Recordsource
```

Eventos(s): 610

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.nom_mad, Recordsource.nom_pad,;
Recordsource.ini_inv, Recordsource.dos_rec, Recordsource.dos_vip_re,;
Recordsource.ult_dos, Recordsource.tie_car, Recordsource.fiebre,;
Recordsource.respirator, Recordsource.digestivos, Recordsource.dol_mus,;
Recordsource.sig_men, Recordsource.fie_ini, Recordsource.instalacio,;
Recordsource.progresion, Recordsource.ini_par, Recordsource.par_msd,;
Recordsource.para_msd, Recordsource.fla_msd, Recordsource.par_msi,;
Recordsource.para_msi, Recordsource.fla_msi, Recordsource.par_mid,;
Recordsource.para_mid, Recordsource.fla_mid, Recordsource.par_mii,;
Recordsource.para_mii, Recordsource.fla_mii, Recordsource.loc_msd,;
Recordsource.sen_msd, Recordsource.rot_msd, Recordsource.loc_msi,;
Recordsource.sen_msi, Recordsource.rot_msi, Recordsource.loc_mid,;
Recordsource.sen_mid, Recordsource.rot_mid, Recordsource.loc_mii,;
Recordsource.sen_mii, Recordsource.rot_mii, Recordsource.cmus_res,;
Recordsource.csig_men, Recordsource.com_bab, Recordsource.com_bru,;
Recordsource.cpar_cra, Recordsource.tom_liq_ce, Recordsource.tele_mio,;
Recordsource.vel_con, Recordsource.imp_dia, Recordsource.mat_fec,;
Recordsource.fmat_fec, Recordsource.env_mue, Recordsource.rec_mue,;
Recordsource.res_mue, Recordsource.res_mf, Recordsource.vac_blo,;
Recordsource.cas_detx, Recordsource.fec_seg, Recordsource.par_res,;
Recordsource.atrofia, Recordsource.cla_fin, Recordsource.fec_cf,;
Recordsource.cri_cla, Recordsource.dx_fin,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_04 Recordsource
```

Eventos(s): 300

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
```



```
Recordsource.num_ide, Recordsource.tip_agr, Recordsource.area_morde,;
Recordsource.agr_pro, Recordsource.tip_les, Recordsource.profun,;
Recordsource.ccc, Recordsource.man_ded, Recordsource.tronco,;
Recordsource.mie_sup, Recordsource.mie_inf, Recordsource.pies_dedos,;
Recordsource.genit_ext, Recordsource.fec_exp, Recordsource.esp_ani,;
Recordsource.ant_vac, Recordsource.car_vac, Recordsource.fecha_vac,;
Recordsource.nom_pro, Recordsource.dir_pro, Recordsource.tel_pro,;
Recordsource.est_ma, Recordsource.estado_ani, Recordsource.ubicacion,;
Recordsource.tip_exp, Recordsource.sue_ant, Recordsource.fec_apl,;
Recordsource.vac_ant, Recordsource.num_dos, Recordsource.f_ult_dos,;
Recordsource.le_agu_jab, Recordsource.sut_her, Recordsource.apl_sa,;
Recordsource.apl_vac, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
Eventos_05 Recordsource
```

Eventos(s): 850

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.mec_pro_t, Recordsource.nom_madre,;
Recordsource.tip_ide_ma, Recordsource.num_ide_ma,;
Recordsource.ide_genero, Recordsource.dono_sangr,;
Recordsource.fec_donaci, Recordsource.inst_donac, Recordsource.tip_pru,;
Recordsource.ase_pre, Recordsource.ase_post, Recordsource.fec_res,;
Recordsource.val_res, Recordsource.est_cli, Recordsource.hij_18h,;
Recordsource.hij_18m, Recordsource.embarazo, Recordsource.sem_emb,;
Recordsource.can_eso, Recordsource.can_va, Recordsource.tub_pul,;
Recordsource.can_cer, Recordsource.tub_exp, Recordsource.coccidioido,;
Recordsource.citomegalo, Recordsource.renCit, Recordsource.encefalopa,;
Recordsource.otras_micr, Recordsource.his_ext, Recordsource.iso_cro,;
Recordsource.erp_zos, Recordsource.his_dis, Recordsource.lin_bur,;
Recordsource.neu_pne, Recordsource.neu_rec, Recordsource.lin_inm,;
Recordsource.cri_cro, Recordsource.cri_ext, Recordsource.sar_kap,;
Recordsource.sin_ema, Recordsource.leu_mul, Recordsource.sep_rec,;
Recordsource.tox_cer, Recordsource.hep_b, Recordsource.hep_c,;
Recordsource.meningitis, Recordsource.cd4, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.pob_clave;
FROM ;
Eventos_07 Recordsource
```

Eventos(s): 100

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.fec_acc,;
ALLTRIM(Recordsource.nom_ver+Recordsource.dir_accide) AS dir_accide,;
```



```
Recordsource.act_rea, Recordsource.act_rea_ot,;
IIF(EMPTY(Recordsource.tip_aten_i),Recordsource.tip_atei,Recordsource.tip_aten_i) AS tip_aten_i,;
Recordsource.cual_ti_ai,;
IIF(EMPTY(Recordsource.prac_nomed),Recordsource.pra_nmmed,Recordsource.prac_nomed) AS prac_nomed,;
Recordsource.cual_pr_nm, Recordsource.loc_mor, Recordsource.hue_col,;
Recordsource.ser_ide, Recordsource.ser_cap, Recordsource.age_agrg,;
Recordsource.age_agg_ot, Recordsource.age_agrn,;
Recordsource.age_agn_ot, Recordsource.edema, Recordsource.dolor,;
Recordsource.eritema, Recordsource.flictinas, Recordsource.parestesia,;
Recordsource.equimosis, Recordsource.hematomas, Recordsource.otro,;
Recordsource.que_otro, Recordsource.nauseas, Recordsource.vomito,;
Recordsource.sialorrea, Recordsource.diarrhea, Recordsource.bradicardi,;
Recordsource.hipotensio, Recordsource.dol_abd, Recordsource.fas_neu,;
Recordsource.alt_vis, Recordsource.alt_sen, Recordsource.deb_mus,;
Recordsource.oliguria, Recordsource.cianosis, Recordsource.epistaxis,;
Recordsource.gingivorra, Recordsource.hematemesi,;
Recordsource.hematuria, Recordsource.hematoquex, Recordsource.vertigo,;
Recordsource.pto_palpeb, Recordsource.dif_hablar,;
Recordsource.disfagia, Recordsource.otro_ms, Recordsource.cua_otr_ms,;
Recordsource.celulitis, Recordsource.absceso, Recordsource.necrosis,;
Recordsource.mionecrosi, Recordsource.fasceitis,;
Recordsource.alter_cir, Recordsource.otro_cl, Recordsource.cua_otr_cl,;
Recordsource.ane_agu, Recordsource.sho髋, Recordsource.sho_sep,;
Recordsource.ira, Recordsource.cid, Recordsource.hsa,;
Recordsource.edema_cel, Recordsource.falla_vent, Recordsource.coma,;
IIF(EMPTY(Recordsource.tra_com_s),Recordsource.otro_cs,Recordsource.tra_com_s) AS otra_com_s,;
Recordsource.cual_otr_c, Recordsource.sev_acc, Recordsource.emp_sue,;
Recordsource.tip_tra, Recordsource.tip_sa, Recordsource.reacc_apl,;
Recordsource.dos_sue, Recordsource.tie_adm, Recordsource.remitido,;
Recordsource.tto_qx, Recordsource.tip_tto, Recordsource.sind_compa,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.fabri_suer,;
Recordsource.cual_fabri, Recordsource.lote_suero;
FROM ;
Eventos_08 Recordsource
```

Eventos(s): 720

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.cla_ini, Recordsource.nom_mad_tu,;
Recordsource.mun_nac, Recordsource.fue_not, Recordsource.nom_mad,;
Recordsource.edad, Recordsource.num_emb, Recordsource.viajes,;
Recordsource.se_via, Recordsource.codpais, Recordsource.mun_via,;
Recordsource.apgar, Recordsource.bpn, Recordsource.peso,;
Recordsource.peq_edad, Recordsource.semanas, Recordsource.cataratas,;
Recordsource.glaucoma, Recordsource.retinopati, Recordsource.otr_ojo,;
Recordsource.per_con, Recordsource.est_art, Recordsource.otr_cor,;
Recordsource.sordera, Recordsource.otr_oid, Recordsource.microcefal,;
Recordsource.ret_des, Recordsource.purpura, Recordsource.hepatomeg,;
Recordsource.ict_nac, Recordsource.esplenomeg, Recordsource.ost_rad,;
Recordsource.meningoenc, Recordsource.otro, Recordsource.fec_ini_in,;
```



```
Recordsource.dx_fin, Recordsource.investigad, Recordsource.tel_invest,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_10 Recordsource
```

Eventos(s): 770

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.nom_mad, Recordsource.eda_mad,;
Recordsource.lln_nac, Recordsource.mam_nor, Recordsource.dej_mam,;
Recordsource.fecha, Recordsource.hipertermi, Recordsource.fon_abo,;
Recordsource.rig_nuc, Recordsource.trismus, Recordsource.convulsion,;
Recordsource.espasmos, Recordsource.contraccio,;
Recordsource.opistotono, Recordsource.lln_exc, Recordsource.sep_umb,;
Recordsource.num_emb, Recordsource.con_pre, Recordsource.justifique,;
Recordsource.ate_med, Recordsource.ate_enf, Recordsource.ate_aux,;
Recordsource.ate_pro, Recordsource.ate_otr, Recordsource.otro,;
Recordsource.num_con, Recordsource.ult_con, Recordsource.viv_mis,;
Recordsource.mun_viv, Recordsource.vac_ant, Recordsource.dos_dpt,;
Recordsource.exp_cau, Recordsource.dos_td1, Recordsource.dos_td2,;
Recordsource.dos_td3, Recordsource.dos_td4, Recordsource.lug_par,;
Recordsource.institucio, Recordsource.ing_par, Recordsource.egr_pos,;
Recordsource.ate_par, Recordsource.ins_utl, Recordsource.met_est,;
Recordsource.rec_inf, Recordsource.apl_muñ, Recordsource.cua_sus,;
Recordsource.dis_min, Recordsource.fec_inv, Recordsource.fec_vac,;
Recordsource.dos_mef1, Recordsource.dos_ges1, Recordsource.dos_mef2,;
Recordsource.dos_ges2, Recordsource.dos_mef3, Recordsource.dos_ges3,;
Recordsource.dos_mef4, Recordsource.dos_ges4, Recordsource.dos_mef5,;
Recordsource.dos_ges5, Recordsource.cob_log, Recordsource.diligencia,;
Recordsource.fec_dili,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_12 Recordsource
```

Eventos(s): 230

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.cas.ide, Recordsource.con_cc,;
Recordsource.car_vac, Recordsource.dos_apli, Recordsource.tip_vac,;
Recordsource.cual_tip_v, Recordsource.fec_ud, Recordsource.fiebre,;
Recordsource.amigdaliti, Recordsource.faringitis,;
Recordsource.laringitis, Recordsource.pre_mem, Recordsource.complicaci,;
Recordsource.tip_com, Recordsource.ant_dif, Recordsource.dos_apl,;
Recordsource.fec_apl,;
```



```
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_14 Recordsource
```

Eventos(s): 340

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.clas_final, Recordsource.hij_mad,;
Recordsource.com_sex_in, Recordsource.multitrans,;
Recordsource.hemodializ, Recordsource.tra_sal, Recordsource.dro_par,;
Recordsource.con_por, Recordsource.con_sex, Recordsource.pob_cau,;
Recordsource.met_tra, Recordsource.don_san, Recordsource.con_pre,;
Recordsource.sem_ges, Recordsource.sem_ges_in, Recordsource.vac_ant,;
Recordsource.num_dos, Recordsource.fec_ter_do, Recordsource_fuente,;
Recordsource.pres_sys, Recordsource.complicaci,;
Recordsource.cuales_com, Recordsource.nom_madre,;
Recordsource.tip_ide_ma, Recordsource.num_ide_ma,;
Recordsource.vac_rec_na, Recordsource.gam_rec_na, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.heterosex, Recordsource.homosexual,;
Recordsource.bisexual, Recordsource.acc_labora,;
Recordsource.trans_orga, Recordsource.procedimie,;
Recordsource.acupuntura, Recordsource.coinf_vih,;
Recordsource.momdiag_ge;
FROM ;
Eventos_16 Recordsource
```

Eventos(s): 420 ,430 ,440

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.cara, Recordsource.tronco,;
Recordsource.mie_sup, Recordsource.mie_inf, Recordsource.muc_afe,;
Recordsource.rinorrea, Recordsource.epistaxis, Recordsource.onasal,;
Recordsource.disfonía, Recordsource.disfagia, Recordsource.hiperemia,;
Recordsource.ulceración, Recordsource.perforació,;
Recordsource.destrucció, Recordsource.fiebre, Recordsource.hepatomega,;
Recordsource.esplenomeg, Recordsource.anemia, Recordsource.leucopenia,;
Recordsource.trombocito, Recordsource.coinfe_vih, Recordsource.rec_tto,;
Recordsource.pes_pte, Recordsource.med_for, Recordsource.cual,;
Recordsource.vol_dia, Recordsource.dia_tto, Recordsource.tot_amp,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.tto_local,;
FROM ;
Eventos_17 Recordsource
```



Eventos(s): 800

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.pad_mad, Recordsource.identifica,;
Recordsource.antipertus, Recordsource.tip_vac, Recordsource.fec_ud,;
Recordsource.eta_enf, Recordsource.ira, Recordsource.tos,;
Recordsource.dur_tos, Recordsource.tos_par, Recordsource.estridor,;
Recordsource.apnea, Recordsource.cianosis, Recordsource.vomito,;
Recordsource.complicaci, Recordsource.tip_com, Recordsource.tto_ant,;
Recordsource.tip_ant, Recordsource.dur_tto, Recordsource.fec_ii,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.antec_mate,;
Recordsource.fec_tadp_m, Recordsource.tip_ide_pm,;
Recordsource.num_ide_pm, Recordsource.inv_cam, Recordsource.SEM_GES;
FROM ;
Eventos_20 Recordsource
```

Eventos(s): 205

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.semanas, Recordsource.clas_caso,;
Recordsource.fiebre_ag, Recordsource.disnea_ag,;
Recordsource.ede_fac_ag, Recordsource.ed_mi_ag, Recordsource.der_peri,;
Recordsource.hep_ag, Recordsource.adeno_ag, Recordsource.romaña_ag,;
Recordsource.chagoma_ag, Recordsource.f_card_cr, Recordsource.torac_cr,;
Recordsource.bradi_cr, Recordsource.disfag_cr, Recordsource.arritmia,;
Recordsource.gota_grue, Recordsource.micro_hem, Recordsource.strout,;
Recordsource.elisa, Recordsource.elisa_res, Recordsource.inmunofluo,;
Recordsource.ifi_res, Recordsource.serologica, Recordsource.tratamient,;
Recordsource.trat_sint, Recordsource.prob_via, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.inmonoblot, Recordsource.reactivaci,;
Recordsource.elisa_noco, Recordsource.micrometod;
FROM ;
eventos_27 Recordsource
```

Eventos(s): 670

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.tip_agr, Recordsource.area_morde,;
Recordsource.agr_pro, Recordsource.tip_les, Recordsource.profun,;
```



Recordsource.ccc, Recordsource.man\_ded, Recordsource.tronco,;  
Recordsource.mie\_sup, Recordsource.mie\_inf, Recordsource.pies\_dedos,;  
Recordsource.genit\_ext, Recordsource.fec\_exp, Recordsource.esp\_ani,;  
Recordsource.ant\_vac, Recordsource.fecha\_vac, Recordsource.car\_vac,;  
Recordsource.nom\_pro, Recordsource.dir\_pro, Recordsource.tel\_pro,;  
Recordsource.est\_ma, Recordsource.estado\_ani, Recordsource.ubicacion,;  
Recordsource.sue\_ant, Recordsource.fec\_apl, Recordsource.vac\_ant,;  
Recordsource.num\_dos, Recordsource.f\_ult\_dos, Recordsource.apl\_sa,;  
Recordsource.apl\_vac, Recordsource.otros\_medi, Recordsource.fiebre,;  
Recordsource.hiporexia, Recordsource.cefalea, Recordsource.vomito,;  
Recordsource.paresias, Recordsource.parestesia, Recordsource.disfagia,;  
Recordsource.odinofagia, Recordsource.arreflexia,;  
Recordsource.psicosis, Recordsource.fascies, Recordsource.sialorrea,;  
Recordsource.aerofobia, Recordsource.hidrofobia,;  
Recordsource.tranq\_exci, Recordsource.depresion,;  
Recordsource.hiperexita, Recordsource.agresivida,;  
Recordsource.espasmos, Recordsource.convulsion, Recordsource.paralisis,;  
Recordsource.cris\_resp, Recordsource.coma, Recordsource.paro\_resp,;  
Recordsource.pr\_diag\_co, Recordsource.resultado,;  
Recordsource.id\_variant, Recordsource.var\_identi,;  
Recordsource.otra\_v\_cua, Recordsource.fec\_respos, Recordsource.ajuste,;  
Recordsource.fec\_aju;  
FROM ;  
Eventos\_35 Recordsource

Eventos(s): 455

SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod\_pre,;  
Recordsource.cod\_sub, Recordsource.cod\_eve, Recordsource.tip\_ide,;  
Recordsource.num\_ide, Recordsource.fiebre, Recordsource.mialgias,;  
Recordsource.cefalea, Recordsource.hepatomega, Recordsource.ictericia,;  
Recordsource.perros, Recordsource.gatos, Recordsource.bovinos,;  
Recordsource.equinios, Recordsource.porcinos, Recordsource.ninguno,;  
Recordsource.otros, Recordsource.cual\_otros, Recordsource.anि\_enferm,;  
Recordsource.ratas, Recordsource.ratas\_alre, Recordsource.acueducto,;  
Recordsource.pozo, Recordsource.rio, Recordsource.tanque,;  
Recordsource.alcan\_des, Recordsource.inundacion,;  
Recordsource.c\_agu\_esta, Recordsource.represa, Recordsource.rio,;  
Recordsource.arroyo, Recordsource.lagolaguna, Recordsource.sinanteced,;  
Recordsource.d\_res\_sol, Recordsource.t\_alm\_bas,;  
Recordsource.p\_sin\_simi,;  
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec\_aju;  
FROM ;  
Eventos\_36 Recordsource

Eventos(s): 760



```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.dol_cue, Recordsource.dol_gar,;
Recordsource.imp_hablar, Recordsource.disfagia,;
Recordsource.convulsion, Recordsource.con_muscul,;
Recordsource.rig_mu_abd, Recordsource.esp_genera,;
Recordsource.rig_nuca, Recordsource.afe_ner_cr, Recordsource.trismus,;
Recordsource.opistótono, Recordsource.fiebre, Recordsource.otro_cual,;
Recordsource.est_final,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_39 Recordsource
```

Eventos(s): 210 ,220 ,580

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.desplazami, Recordsource.cod_mun_d,;
Recordsource.famantdngu, Recordsource.direclabor, Recordsource.fiebre,;
Recordsource.cefalea, Recordsource.dolretroo, Recordsource.malgias,;
Recordsource.artralgia, Recordsource.erupcionr,;
Recordsource.dolor_abdo, Recordsource.vomito, Recordsource.diarrrea,;
Recordsource.somnolenci, Recordsource.hipotensio,;
Recordsource.hepatomeg, Recordsource.hem_mucosa,;
Recordsource.hipotermia, Recordsource.caida_plaq,;
Recordsource.acum_liqui, Recordsource.aum_hemato, Recordsource.extravasac,;
Recordsource.hemorr_hem, Recordsource.choque, Recordsource.daño_organ,;
Recordsource.muesttejid,;
Recordsource.mueshigado, Recordsource.muesbazo,;
Recordsource.muespulmon, Recordsource.muescerebr,;
Recordsource.muesmiocar, Recordsource.muesmedula,;
Recordsource.muesriñon, Recordsource.clasfinal, Recordsource.conducta,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
Eventos_42 Recordsource
```

Eventos(s): 200 ,570

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.diarrea, Recordsource.num_deposi,;
Recordsource.durac_diar, Recordsource.nauseas, Recordsource.vomito,;
Recordsource.fiebre, Recordsource.deshidrata,;
Recordsource.grado_desh, Recordsource.otros, Recordsource.hora_ini,;
```



```
Recordsource.hid_sueora, Recordsource.hid_lactat,;
Recordsource.hid_solsal, Recordsource.hid_otra,;
Recordsource.antib_diox, Recordsource.antib_erit,;
Recordsource.antib_azit, Recordsource.antib_cipr,;
Recordsource.antib_otro, Recordsource.almejas, Recordsource.camaron,;
Recordsource.cangrejo, Recordsource.pescado, Recordsource.langosta,;
Recordsource.otros_mari, Recordsource.mejillones, Recordsource.frutas,;
Recordsource.ostras, Recordsource.vegetales, Recordsource.agua,;
Recordsource.agua_rio, Recordsource.agua_pozo, Recordsource.agua_garra,;
Recordsource.agua_manan, Recordsource.agua_acued,;
Recordsource.alim_con_o, Recordsource.nom_lug, Recordsource.dir_lug,;
Recordsource.desp, Recordsource.codmun1, Recordsource.nommun1,;
Recordsource.coddep1, Recordsource.nomdep1, Recordsource.codpais1,;
Recordsource.fec_desp1, Recordsource.fec_lleg1, Recordsource.codmun2, Recordsource.nommun2,;
Recordsource.coddep2, Recordsource.nomdep2, Recordsource.codpais2,;
Recordsource.fec_desp2, Recordsource.fec_lleg2, Recordsource.codmun3, Recordsource.nommun3,;
Recordsource.coddep3, Recordsource.nomdep3, Recordsource.codpais3,;
Recordsource.fec_desp3, Recordsource.fec_lleg3, Recordsource.codmun4, Recordsource.nommun4,;
Recordsource.coddep4, Recordsource.nomdep4, Recordsource.codpais4,;
Recordsource.fec_desp4, Recordsource.fec_lleg4, Recordsource.cont_ss, Recordsource.id_contact,;
Recordsource.cont_post, Recordsource.id_con_pos,;
Recordsource.asoc_brote, Recordsource.captado, Recordsource.donde,;
Recordsource.mtra_heces, Recordsource.mf_consist, Recordsource.agente,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM ;
EVENTOS_46 Recordsource
```

Eventos(s): 110

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.nom_rec_na, Recordsource.seg_nom_rn,;
Recordsource.ape_rec_na, Recordsource.seg_ape_rn,;
Recordsource.tip_doc_rn, Recordsource.no.ide_rn,;
Recordsource.fecha_nac, Recordsource.edad_rn, Recordsource.sexo,;
Recordsource.peso_nacer, Recordsource.talla_nace,;
Recordsource.sem_gest, Recordsource.cla_pes_na,;
Recordsource.sit_ate_pa, Recordsource.mult_embar,;
Recordsource.edad_ges, Recordsource.no.con.pre, Recordsource.calcio,;
Recordsource.sulfato_fe, Recordsource.aci_folico, Recordsource.anemia,;
Recordsource.ult_hemo_m, Recordsource.trim_g.cor,;
Recordsource.per_int_m2, Recordsource.num.em.pre,;
Recordsource.num_hi_viv, Recordsource.h.ante.bpn, Recordsource.hta,;
Recordsource.part_pret, Recordsource.beb_alcoh, Recordsource.activ_dia,;
Recordsource.ivu, Recordsource.diag_sobre, Recordsource.diag_desnu,;
Recordsource.pes_preges, Recordsource.tall_mad,;
Recordsource.peso_ganad, Recordsource.niv_edu_ma, Recordsource.estrato,;
Recordsource.inv_campo, Recordsource.fec_iec, Recordsource.ent_re_iec,;
Recordsource.pro_re_iec, Recordsource.prof_r_iec,;
Recordsource.nom_sum_in, Recordsource.parent_rn,;
Recordsource.menor_aseg, Recordsource.agua_pot,;
```



```
Recordsource.eva_con_hi, Recordsource.ins_salud, Recordsource.peso_act,;  
Recordsource.long_act, Recordsource.est_act_pe, Recordsource.lact_mat,;  
Recordsource.ali_dif_24, Recordsource.leche_for,;  
Recordsource.dif_lac_ma, Recordsource.capacitac,;  
Recordsource.educ_alim, Recordsource.rem_serv, Recordsource.canal_apoy,;  
Recordsource.visita_efe, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;  
Recordsource.est_ingr, Recordsource.hubo_contr;  
FROM :  
    eventos_47 Recordsource
```

Eventos(s): 875

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;  
Recordsource.num.ide, Recordsource.naturaleza, Recordsource.actividad,;  
Recordsource.consum_spa, Recordsource.mujer_cabf, Recordsource.antec,;  
Recordsource.edad_agre, Recordsource.sexo_agre, Recordsource.r_fam_vic,;  
Recordsource.conv_agre, Recordsource.r_nofiliar, Recordsource.armas,;  
Recordsource.que_cara, Recordsource.que_cuello, Recordsource.que_mano,;  
Recordsource.que_pie, Recordsource.que_plieg, Recordsource.que_genita,;  
Recordsource.que_tronco, Recordsource.que_miesup,;  
Recordsource.que_mieinf, Recordsource.cla_gra, Recordsource.ext_que,;  
Recordsource.sust_vict, Recordsource.fec_hecho,;  
Recordsource.hora_hecho, Recordsource.escenario,;  
Recordsource.zona_conf, Recordsource.sp_its, Recordsource.prof_hep_b,;  
Recordsource.prof_otras, Recordsource.ac_anticon, Recordsource.ac_ive,;  
Recordsource.ac_mental, Recordsource.remit_prot, Recordsource.inf_aut,;  
Recordsource.evi_mlegal, Recordsource.estadotran, Recordsource.ajuste,;  
Recordsource.fec_aju, Recordsource.nat_viosex, Recordsource.orient_sex,;  
Recordsource.ident_gene, Recordsource.ambito_lug,;  
Recordsource.tipo_grupo;  
FROM :  
    eventos_51 Recordsource
```

Eventos(s): 215

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;  
Recordsource.num.ide, Recordsource.nom_madre, Recordsource.tip.ide_ma,;  
Recordsource.num.ide_ma, Recordsource.edad_madre,;  
Recordsource.no_embaraz, Recordsource.no_nac_viv,;  
Recordsource.no_abortos, Recordsource.no_mortina,;  
Recordsource.diagnostic, Recordsource.edadge_dia, Recordsource.ive,;  
Recordsource.edadge_ive, Recordsource.acido_foli,;  
Recordsource.af_preconc, Recordsource.af_pren_tr, Recordsource.alcohol,;  
Recordsource.al_preconc, Recordsource.ca_pren_tr, Recordsource.tabaco,;
```



```
Recordsource.ct_preconc, Recordsource.cd_pren_tr,;
Recordsource.psicoactiv, Recordsource.ps_preconc,;
Recordsource.ps_pren_tr, Recordsource.patal_cron,;
Recordsource.pc_preconc, Recordsource.pc_pren_tr,;
Recordsource.ex_ag_tera, Recordsource.oe_fisicos,;
Recordsource.oe_fis_pre, Recordsource.trim_ex_fi,;
Recordsource.oe_quimico, Recordsource.oe_qui_pre,;
Recordsource.trim_ex_qu, Recordsource.oe_bilogic,;
Recordsource.oe_bio_pre, Recordsource.trim_ex_bi,;
Recordsource.oe_medic, Recordsource.oe_me_prec,;
Recordsource.trim_ex_me, Recordsource.emb_multip,;
Recordsource.no_product, Recordsource.nativivo, Recordsource.edad_ges,;
Recordsource.peso_nac, Recordsource.defmet_cod,;
Recordsource.descripc_1, Recordsource.defse1_cod,;
Recordsource.descripc_2, Recordsource.defse2_cod,;
Recordsource.descripc_3, Recordsource.malfo1_cod,;
Recordsource.desc_mal_1, Recordsource.malfo2_cod,;
Recordsource.desc_mal_2, Recordsource.malfo3_cod,;
Recordsource.desc_mal_3, Recordsource.malfo4_cod,;
Recordsource.desc_mal_4, Recordsource.malfo5_cod,;
Recordsource.desc_mal_5, Recordsource.storch, Recordsource.acsigm_rub,;
Recordsource.acsigm_tox, Recordsource.acsigm_cit,;
Recordsource.acsigm_her, Recordsource.serolo_sif,;
Recordsource.tsh_cordon, Recordsource.res_cordon,;
Recordsource.tsh_talon, Recordsource.res_talon, Recordsource.tsh_suero,;
Recordsource.res_tsh_su, Recordsource.t4_total,;
Recordsource.res_t4_tot, Recordsource.t4_libre,;
Recordsource.res_t4_lib, Recordsource.rec_tratam,;
Recordsource.fec_ini_tr, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.per_cefali, Recordsource.cual_patol, Recordsource.tsh,;
Recordsource.res_tsh;
FROM ;
eventos_56 Recordsource
```

Eventos(s): 452

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.laceracion, Recordsource.contusion,;
Recordsource.quemadura, Recordsource.que_cara, Recordsource.que_cuello,;
Recordsource.que_mano, Recordsource.que_pie, Recordsource.que_pliegus,;
Recordsource.que_genita, Recordsource.que_tronco,;
Recordsource.que_miesup, Recordsource.que_mieinf, Recordsource.cla_gra,;
Recordsource.ext_que, Recordsource.amputacion, Recordsource.amp_dedman,;
Recordsource.amp_mano, Recordsource.amp_antebr, Recordsource.amp_brazo,;
Recordsource.amp_muslo, Recordsource.amp_pierna, Recordsource.amp_pie,;
Recordsource.amp_dedpie, Recordsource.dañ_ocu, Recordsource.dañ_aud,;
Recordsource.fracturas, Recordsource.fra_craneo,;
Recordsource.fra_hueman, Recordsource.fra_huepie,;
```



```
Recordsource.fra_reja, Recordsource.fra_multip, Recordsource.via_aer,;
Recordsource.abdomen, Recordsource.otro, Recordsource.cual,;
Recordsource.artef_lezi, Recordsource.artefacto,;
Recordsource.otr_art_pi, Recordsource.con_alc_le,;
Recordsource.con_alc_ac, Recordsource.lug_ocu, Recordsource.cir_social,;
Recordsource.act_polvor, Recordsource.otr_ac_pol,;
Recordsource.act_minas, Recordsource.otr_ac_min, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.fra_otrosh, Recordsource.fra_perone,;
Recordsource.fra_tibia, Recordsource.fra_femur,;
Recordsource.fra_humero, Recordsource.fra_radio,;
Recordsource.fra_cubito, Recordsource.oido_der, Recordsource.oido_izq,;
Recordsource.ojo_der, Recordsource.ojo_izq, Recordsource.amp_multip,;
Recordsource.fra_miesup, Recordsource.fra_column,;
Recordsource.fra_cadera, Recordsource.fra_mieinf,;
FROM ;
EVENTOS_60 Recordsource
```

Eventos(s): 535

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.tipo_agent, Recordsource.ant.hib,;
Recordsource.dosis.hib, Recordsource.pri.dos, Recordsource.ult.dos,;
Recordsource.carne.hib, Recordsource.meningococ, Recordsource.dos.men,;
Recordsource.pri.men, Recordsource.ult.men, Recordsource.carne.men,;
Recordsource.neumococo, Recordsource.dos.neu, Recordsource.pri.neu,;
Recordsource.ult.neu, Recordsource.carne.neu, Recordsource.fiebre,;
Recordsource.rig.nuca, Recordsource.irri.men, Recordsource.rash,;
Recordsource.afontanela, Recordsource.alt.con, Recordsource.uso.ant,;
Recordsource.fec.ud, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec.aju, Recordsource.clas.final,;
FROM ;
Eventos_62 Recordsource
```

Eventos(s): 453

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.ocasio.por, Recordsource.asfixia,;
Recordsource.estrangula, Recordsource.herida, Recordsource.trauma,;
Recordsource.choq.elect, Recordsource.fractura,;
Recordsource.politrauma, Recordsource.amputacion,;
Recordsource.quemaduras, Recordsource.intoxicac,;
Recordsource.infeccion, Recordsource.sepsis, Recordsource.perforacio,;
Recordsource.hemorragia, Recordsource.necrosis, Recordsource.embolia,;
Recordsource.depre.resp, Recordsource.craneo, Recordsource.cara,;
```



Recordsource.ojos, Recordsource.nariz, Recordsource.orejas,;  
Recordsource.boca\_dient, Recordsource.cuello, Recordsource.brazo,;  
Recordsource.antebrazo, Recordsource.mano, Recordsource.dedos\_mano,;  
Recordsource.torx\_anter, Recordsource.torx\_post, Recordsource.mamas,;  
Recordsource.abdomen, Recordsource.pelv\_perin, Recordsource.genitales,;  
Recordsource.muslos, Recordsource.piernas, Recordsource.pies,;  
Recordsource.dedos\_pies, Recordsource.org\_intern, Recordsource.piel,;  
Recordsource.maquina, Recordsource.medios\_tra, Recordsource.animales,;  
Recordsource.juguetes, Recordsource.electr\_ilu,;  
Recordsource.vest\_acces, Recordsource.util\_escol,;  
Recordsource.uten\_comed, Recordsource.acc\_infan,;  
Recordsource.equ\_deport, Recordsource.elect\_audi, Recordsource.belleza,;  
Recordsource.medicamen, Recordsource.apar\_estet,;  
Recordsource.equ\_biomed, Recordsource.hogar, Recordsource.colegio,;  
Recordsource.av\_ppal, Recordsource.calle, Recordsource.parque,;  
Recordsource.mina\_abier, Recordsource.mina\_subt,;  
Recordsource.industria, Recordsource.zona\_cult,;  
Recordsource.centr\_este, Recordsource.spa, Recordsource.ips,;  
Recordsource.proc\_quiru, Recordsource.tipo\_prof,;  
Recordsource.hospitaliz, Recordsource.uci, Recordsource.ajuste,;  
Recordsource.fec\_aju, Recordsource.prod\_quimi, Recordsource.establecim,;  
Recordsource.gluteos, Recordsource.estadotran, Recordsource.sean\_sssn,;  
Recordsource.nicotina, Recordsource.sabor\_arom,;  
Recordsource.der\_canabi, Recordsource.otrassusta,;  
Recordsource.otra\_susta, Recordsource.fr\_uso\_cig, Recordsource.tos,;  
Recordsource.disnea, Recordsource.dif\_respir, Recordsource.dolor\_tora,;  
Recordsource.nausea, Recordsource.vomito, Recordsource.diarrhea,;  
Recordsource.dolor\_abdo, Recordsource.otra\_clini,;  
Recordsource.otrasmanif, Recordsource.sind\_bronq,;  
Recordsource.ev\_coronar, Recordsource.intoxicaci,;  
Recordsource.quemadura, Recordsource.alergia, Recordsource.cons\_cigar,;  
Recordsource.cons\_marlh, Recordsource.cons\_cocai,;  
Recordsource.cons\_bazuc, Recordsource.cons\_heroi, Recordsource.asma,;  
Recordsource.epoc, Recordsource.alerg\_resp, Recordsource.fibrosQui,;  
Recordsource.enf\_corona, Recordsource.nombre\_ele,;  
FROM ;  
Eventos\_84 Recordsource

Eventos(s): 895

SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod\_pre,;  
Recordsource.cod\_sub, Recordsource.cod\_eve, Recordsource.tip.ide,;  
Recordsource.num.ide, Recordsource.compl\_neur, Recordsource.fec\_ini\_si,;  
Recordsource.tipo\_compl, Recordsource.desplazami, Recordsource.codmun,;  
Recordsource.coddep, Recordsource.codpais, Recordsource.unid\_anali,;  
Recordsource.res\_uniana, Recordsource.fec\_ult\_me,;  
Recordsource.hubo\_1\_eco, Recordsource.fec\_1\_eco, Recordsource.edad\_ges,;  
Recordsource.seg\_eapb, Recordsource.ges\_ter\_em,;  
Recordsource.fec\_ter\_em, Recordsource.con\_fin\_pr,;  
Recordsource.per\_cefali, Recordsource.autopsia,;  
Recordsource.def\_congen, Recordsource.mue\_suero,;



```
Recordsource.mue_cordon, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.exantema, Recordsource.fiebre, Recordsource.hiperemia,;
Recordsource.artralgias, Recordsource.mialgias, Recordsource.cefalea,;
FROM ;
Eventos_85 Recordsource
```

Eventos(s): 217

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.vih, Recordsource.hepat_cron,;
Recordsource.anemia_fal, Recordsource.diabetes, Recordsource.lupus,;
Recordsource.hipertensi, Recordsource.obesidad, Recordsource.artritis,;
Recordsource.artrosis, Recordsource.falla_rena,;
Recordsource.drogadicci, Recordsource.alcoholism,;
Recordsource.tabaquismo, Recordsource.insuf_card, Recordsource.cancer,;
Recordsource.epoc, Recordsource.piel, Recordsource.higado,;
Recordsource.bazo, Recordsource.pulmon, Recordsource.cerebro,;
Recordsource.miocardio, Recordsource.medula, Recordsource.riñon,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.fiebre,;
Recordsource.artralgia, Recordsource.cefalea, Recordsource.rash,;
Recordsource.vomito, Recordsource.diarrea;
FROM ;
Eventos_86 Recordsource
```

Eventos(s): 995

```
SELECT Recordsource.cod_eve, Recordsource.fec_not, Recordsource.semana,;
Recordsource.año, Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub,;
Recordsource.cod_mun, Recordsource.num_con, Recordsource.grupoh_1,;
Recordsource.grupoh_2, Recordsource.grupoh_3, Recordsource.grupoh_4,;
Recordsource.grupoh_5, Recordsource.grupoh_6, Recordsource.grupoh_7,;
Recordsource.hospital_1, Recordsource.hospital_2,;
Recordsource.hospital_3, Recordsource.hospital_4,;
Recordsource.hospital_5, Recordsource.hospital_6,;
Recordsource.hospital_7, Recordsource.iraucci_1, Recordsource.iraucci_2,;
Recordsource.iraucci_3, Recordsource.iraucci_4, Recordsource.iraucci_5,;
Recordsource.iraucci_6, Recordsource.iraucci_7, Recordsource.totuci_1,;
Recordsource.totuci_2, Recordsource.totuci_3, Recordsource.totuci_4,;
Recordsource.totuci_5, Recordsource.totuci_6, Recordsource.totuci_7,;
Recordsource.mteira_1, Recordsource.mteira_2, Recordsource.mteira_3,;
Recordsource.mteira_4, Recordsource.mteira_5, Recordsource.mteira_6,;
Recordsource.mteira_7, Recordsource.mtetot_1, Recordsource.mtetot_2,;
Recordsource.mtetot_3, Recordsource.mtetot_4, Recordsource.mtetot_5,;
Recordsource.mtetot_6, Recordsource.mtetot_7, Recordsource.iracect_1,;
```



```
Recordsource.iracext_2, Recordsource.iracext_3, Recordsource.iracext_4,;
Recordsource.iracext_5, Recordsource.iracext_6, Recordsource.iracext_7,;
Recordsource.totcext_1, Recordsource.totcext_2, Recordsource.totcext_3,;
Recordsource.totcext_4, Recordsource.totcext_5, Recordsource.totcext_6,;
Recordsource.totcext_7, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.diligencia, Recordsource.cargo, Recordsource.telefono,;
Recordsource.correo, Recordsource.version,;
FROM ;
EVENTOS_43 Recordsource
```

Eventos(s): 994

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.cod_mun,;
Recordsource.num_con, Recordsource.fec_not, Recordsource.th_0a9,;
Recordsource.th_10a19, Recordsource.th_20a29, Recordsource.th_30a39,;
Recordsource.th_40a49, Recordsource.th_50a59, Recordsource.th_60a69,;
Recordsource.th_70a79, Recordsource.th_80amas, Recordsource.thuci0a9,;
Recordsource.thuci10a19, Recordsource.thuci20a29,;
Recordsource.thuci30a39, Recordsource.thuci40a49,;
Recordsource.thuci50a59, Recordsource.thuci60a69,;
Recordsource.thuci70a79, Recordsource.thuci80ama, Recordsource.tmue0a9,;
Recordsource.tmue10a19, Recordsource.tmue20a29, Recordsource.tmue30a39,;
Recordsource.tmue40a49, Recordsource.tmue50a59, Recordsource.tmue60a69,;
Recordsource.tmue70a79, Recordsource.tmue80amas, Recordsource.tceu0a9,;
Recordsource.tceu10a19, Recordsource.tceu20a29, Recordsource.tceu30a39,;
Recordsource.tceu40a49, Recordsource.tceu50a59, Recordsource.tceu60a69,;
Recordsource.tceu70a79, Recordsource.tceu80amas,;
Recordsource.diligencia, Recordsource.cargo, Recordsource.telefono,;
Recordsource.correo, Recordsource.version, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju,;
FROM ;
EVENTOS_94 Recordsource
```

Eventos(s): 560

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num.ide," AS nom_madre,;
Recordsource.convivenci, Recordsource.otro_cov,;
Recordsource.escolarida, Recordsource.reg_fec, Recordsource.gestacione,;
Recordsource.partos, Recordsource.cesareas, Recordsource.abortos,;
Recordsource.muertos, Recordsource.vivos, Recordsource.ninguno,;
Recordsource.hip_cro, Recordsource.cardiopati, Recordsource.diabetes,;
Recordsource.mola_hida, Recordsource.pretermino,;
Recordsource.bajo_peso, Recordsource.macrosomic,;
```

```

Recordsource.transtorno, Recordsource.obesidad, Recordsource.d_cronica,;
Recordsource.inter_gene, Recordsource.its_dis, Recordsource.vih_sida,;
Recordsource.otras, Recordsource.rh_negativ, Recordsource.tabaquismo,;
Recordsource.alcoholism, Recordsource.psicoactiv,;
Recordsource.def_condic, Recordsource.sifilis, Recordsource.hepatitisb,;
Recordsource.gingivitis, Recordsource.preeclamps,;
Recordsource.eclampsia, Recordsource.sin_hellp,;
Recordsource.d_gestacio, Recordsource.sepsis, Recordsource.hem_1er,;
Recordsource.hem_2do, Recordsource.hem_3er, Recordsource.desp_cefal,;
Recordsource.retardo, Recordsource.enfer_auto, Recordsource.malaria,;
Recordsource.embarazo_n, Recordsource.violecia,;
Recordsource.ges_pro_vs, Recordsource.feto_incom,;
Recordsource.sin_depres, Recordsource.riesg_madr,;
Recordsource.emb_mult, Recordsource.ivu, Recordsource.hipotiroid,;
Recordsource.rup_membra, Recordsource.corioamnio,;
Recordsource.no_product, Recordsource.num_con, Recordsource.si_ctrl,;
Recordsource.con_rea, Recordsource.niv_ate, Recordsource.rem_opo,;
Recordsource.tip_par, Recordsource.fec_parto, Recordsource.hor_parto,;
Recordsource.sit_def, Recordsource.par_ate, Recordsource.sitio_part,;
Recordsource.niv_ate_pa, Recordsource.mom_ocu, Recordsource.eda_ges,;
Recordsource.complicaci, Recordsource.edad_neo, Recordsource.peso,;
Recordsource.talla, Recordsource.sexo, Recordsource.apgar1,;
Recordsource.req_reanim, Recordsource.reanimacio, Recordsource.na_rn,;
Recordsource.req_remisi, Recordsource.t_rem_acep,;
Recordsource.adaptacion, Recordsource.cau_mte, Recordsource.cau_agr_co,;
Recordsource.cau_agr_ne, Recordsource.estadotran,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju;
FROM Eventos_09 Recordsource

```

Eventos(s): PACIENTE

```

SELECT Recordsource.cod_eve, Recordsource.fec_not, Recordsource.semana,;
Recordsource.año, Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub,;
Recordsource.pri_nom, Recordsource.seg_nom, Recordsource.pri_ape,;
Recordsource.seg_ape, Recordsource.tip.ide, Recordsource.num.ide,;
Recordsource.edad, Recordsource.uni_med, Recordsource.sexo,;
Municipios.cod_pais AS cod_pais_o,;
LEFT(Recordsource.cod_mun,2) AS cod_dpto_o,;
RIGHT(Recordsource.cod_mun,3) AS cod_mun_o, Recordsource.area,;
Recordsource.localidad, Recordsource.cen_poblado,;
PADR(Recordsource.vereda,106) AS vereda,;
PADR(Recordsource.bar_ver,40) AS bar_ver,;
PADR(Recordsource.dir_res,50) AS dir_res, Recordsource.ocupacion,;
Recordsource.tip_ss, Recordsource.cod_ase, Recordsource.per_etn,;
Recordsource_gp_discapa, Recordsource_gp_desplaz,;
Recordsource_gp_migrant, Recordsource_gp_carcela,;
Recordsource_gp_gestan, Recordsource_gp_indigen,;
Recordsource_gp_pobicfb, Recordsource_gp_mad_com,;
Recordsource_gp_desmovi, Recordsource_gp_psiquia,;
Recordsource_gp_vic_vio, Recordsource_gp_otros,;
LEFT(mun_pro,2) AS cod_dpto_r, RIGHT(mun_pro,3) AS cod_mun_r,;
Recordsource.fec_con, Recordsource.ini_sin, Recordsource.tip_cas,;

```



```
Recordsource.pac_hos, Recordsource.fec_hos, Recordsource.con_fin,;  
Recordsource.fec_def, Recordsource.ajuste, Recordsource.telefono,;  
Recordsource.fecha_nto, Recordsource.cer_def, Recordsource.cbmte,;  
DATE() AS fec_arc_pl,;  
PADR(Recordsource.nom_dil_fi,100) AS nom_dil_fi,;  
Recordsource.tel_dil_fi, Recordsource.fec_aju, Recordsource.fm_fuerza,;  
Recordsource.fm_unidad, Recordsource.fm_grado, Recordsource.inmediata,;  
Recordsource.version, Recordsource.estadotran, Recordsource.ingr_x_ni,;  
Recordsource.uni_modif, Recordsource.fec_reacti,;  
Recordsource.cod_uni_sa, Recordsource.tipo_donan,;  
Recordsource.tipo_prueb, Recordsource.est_ingr, Recordsource_fuente,;  
Recordsource.estrato, Recordsource.sem_ges, Recordsource.grupo_etni,;  
Recordsource.nacionalid, Recordsource.id_vereda, Recordsource.lat_dir,;  
Recordsource.long_dir, Recordsource.confgeodir;  
FROM ;  
    Paciente Recordsource ;  
    LEFT OUTER JOIN municipios ;  
    ON Recordsource.cod_mun = Municipios.cod_mun
```

Eventos(s): 298

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;  
Recordsource.num_ide, Recordsource.vacuna, Recordsource.dosis,;  
Recordsource.via, Recordsource.sitio, Recordsource.fec_vac,;  
Recordsource.fabricant1, Recordsource.lote1, Recordsource.vacuna2,;  
Recordsource.dosis2, Recordsource.via2, Recordsource.sitio2,;  
Recordsource.fec_vac2, Recordsource.fabricant2, Recordsource.lote2,;  
Recordsource.vacuna3, Recordsource.dosis3, Recordsource.via3,;  
Recordsource.sitio3, Recordsource.fec_vac3, Recordsource.fabricant3,;  
Recordsource.lote3, Recordsource.vacuna4, Recordsource.dosis4,;  
Recordsource.via4, Recordsource.sitio4, Recordsource.fec_vac4,;  
Recordsource.fabricant4, Recordsource.lote4, Recordsource.becegeitis,;  
Recordsource.absceso, Recordsource.linfadenit, Recordsource.fiebre,;  
Recordsource.con_feb, Recordsource.con_sinf, Recordsource.hipotonía,;  
Recordsource.parestesia, Recordsource.parálisis,;  
Recordsource.encefalopa, Recordsource.meningitis,;  
Recordsource.urticaria, Recordsource.eczema, Recordsource.cho_ana,;  
Recordsource.gui_bar, Recordsource.celulitis, Recordsource.lla_per,;  
Recordsource.tie_tra, Recordsource.un_tie, Recordsource.ant_pat,;  
Recordsource.cua_ant_pa, Recordsource.ant_ale, Recordsource.cua_ant_al,;  
Recordsource.aasy, Recordsource.cua_ant_ea, Recordsource.est_fin,;  
Recordsource.exc_dos, Recordsource.cua_exc_do, Recordsource.uso_equ_di,;  
Recordsource.cua_uso_eq, Recordsource.cla_final, Recordsource.vacuna5,;  
Recordsource.dosis5, Recordsource.via5, Recordsource.sitio5,;  
Recordsource.fec_vac5, Recordsource.fabricant5, Recordsource.lote5,;  
Recordsource.vacuna6, Recordsource.dosis6, Recordsource.via6,;  
Recordsource.sitio6, Recordsource.fec_vac6, Recordsource.fabricant6,;  
Recordsource.lote6, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;  
Recordsource.err_progra, Recordsource.rumor, Recordsource.fatiga,;  
Recordsource.dolor_cabe, Recordsource.mialgia, Recordsource.artralgia,;
```



Recordsource.nauseas, Recordsource.OTRO, Recordsource.OTRO\_CUAL;  
FROM ;  
Eventos\_15 Recordsource

Eventos(s): 710 ,730

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.nom_pm, Recordsource.ocu_pm,;
Recordsource.dir_pm, Recordsource.cas_dx, Recordsource.vac_sar,;
Recordsource.dos_sar, Recordsource.ult_sar, Recordsource.fte_sar,;
Recordsource.tip_vac_sa, Recordsource.vac_rub, Recordsource.dos_rub,;
Recordsource.ult_rub, Recordsource.fte_rub, Recordsource.tip_vac_ru,;
Recordsource.fvis_dom, Recordsource.dx_ini, Recordsource.fini_fie,;
Recordsource.tip_eru, Recordsource.fini_eru, Recordsource.dur_dia,;
Recordsource.tos, Recordsource.coriza, Recordsource.conjuntivi,;
Recordsource.adenopatia, Recordsource.artralgia,;
Recordsource.embarazada, Recordsource.num_sem, Recordsource.mun_par,;
Recordsource.sar_rub_7, Recordsource.sar_rub_a, Recordsource.viajo,;
Recordsource.don_mun, Recordsource.con_muj_e, Recordsource.vac_bloq,;
Recordsource.mon_rap, Recordsource.seg_cont, Recordsource.fte_infec,;
Recordsource.imp_pais, Recordsource.cri_des, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.fec_seguim, Recordsource.fte_contag,;
Recordsource.sospe_misc, Recordsource.fec_ini_hi,;
Recordsource.rt_pcr_pos, Recordsource.acigmigg_p,;
Recordsource.nexo_pos_c, Recordsource.dolor_abdo, Recordsource.vomito,;
Recordsource.rash_cutan, Recordsource.conju_bila,;
Recordsource.eritema_pl, Recordsource.edema, Recordsource.dolor_cabe,;
Recordsource.alt_concie, Recordsource.fibriogeno,;
Recordsource.prot_c_rea, Recordsource.ferritina, Recordsource.dímero_d,;
Recordsource.ldh, Recordsource.vel_eritro, Recordsource.linfopenia,;
Recordsource.neutrofili, Recordsource.plaquetas,;
Recordsource.hemoglobin, Recordsource.diarrhea;
```

FROM ;  
Eventos\_06 Recordsource

Eventos(s): 115

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.tipo_ca, Recordsource.cons2_neo,;
Recordsource.fec_dx2neo, Recordsource.recaida, Recordsource.fec_dx,;
Recordsource.crit_dx_pr, Recordsource.otrodxprob,;
Recordsource.fec_tomadp, Recordsource.fec_res_dp,;
Recordsource.crit_dx_de, Recordsource.fec_tomadd,;
Recordsource.fec_res_dd, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.fec_diag1a, Recordsource.nom_oncolo,;
```



```
Recordsource.tel_oncolo, Recordsource.tel_cont_2, Recordsource.estrato,;  
Recordsource.fec_initra;  
FROM ;  
eventos_63 Recordsource
```

Eventos(s): 342

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_idc,;  
Recordsource.num_idc, Recordsource.cod_enferm, Recordsource.nivel_educ,;  
Recordsource.trab_urban, Recordsource.trab_rural,;  
Recordsource.jov_vul_ru, Recordsource.jov_vul_ur,;  
Recordsource.dis_sisner, Recordsource.dis_ojos, Recordsource.dis_oidos,;  
Recordsource.dis_otrsen, Recordsource.dis_vozhab,;  
Recordsource.dis_cardio, Recordsource.dis_digest,;  
Recordsource.dis_sisgen, Recordsource.dis_movimi,;  
Recordsource.dis_piel, Recordsource.dis_otra, Recordsource.no_definid,;  
Recordsource.fec_diagno, Recordsource.prueba_lab, Recordsource.ajuste,;  
Recordsource.fec_aju;  
FROM ;  
Eventos_67 Recordsource
```

Eventos(s): 739

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_idc,;  
Recordsource.num_idc, Recordsource.rt_pcr_pos, Recordsource.acigmigg_p,;  
Recordsource.nexo_pos_c, Recordsource.dolor_abdo, Recordsource.fiebre,;  
Recordsource.fini_fie, Recordsource.diarrhea, Recordsource.vomito,;  
Recordsource.hipotensio, Recordsource.otro_sinto,;  
Recordsource.cual_otro, Recordsource.fibrinogen,;  
Recordsource.val_fibrin, Recordsource.pcr, Recordsource.val_pcr,;  
Recordsource.ferritina, Recordsource.val_ferrit, Recordsource.dimero_d,;  
Recordsource.val_dimero, Recordsource.linfopenia,;  
Recordsource.val_linfop, Recordsource.troponina,;  
Recordsource.val_tropo, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;  
FROM ;  
Eventos_95 Recordsource
```

Eventos(s): 365



```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.grupo_sust, Recordsource.cod_sust,;
Recordsource.nom_pro, Recordsource.tip_expo, Recordsource.lugar_expo,;
Recordsource.fec_expo, Recordsource.hor_expo, Recordsource.via_expo,;
Recordsource.escolarida, Recordsource.afi_arpa, Recordsource.cod_arpa,;
Recordsource.est_civ, Recordsource.parte_brot, Recordsource.num_cas_br,;
Recordsource.sit_ale, Recordsource.muest_toxi, Recordsource.tipo_muest,;
Recordsource.prueba, Recordsource.result_pru, Recordsource.fec_inv_br,;
Recordsource.hor_inv_br, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.FEC_ASPIRS, Recordsource.FEC_EXPRES;
FROM ;
Eventos_66 Recordsource
```

Eventos(s): 113

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.pri_nom_ma, Recordsource.seg_nom_ma,;
Recordsource.pri_ape_ma, Recordsource.seg_ape_ma,;
Recordsource.tip_ide_ma, Recordsource.num_ide_ma,;
Recordsource.niv_educat, Recordsource.estrato, Recordsource.menores,;
Recordsource.peso_nac, Recordsource.talla_nac, Recordsource.edad_ges,;
Recordsource.t_lechem, Recordsource.e_complem, Recordsource.crec_dillo,;
Recordsource.esq_vac, Recordsource.carne_vac, Recordsource.peso_act,;
Recordsource.talla_act, Recordsource.per_braqui, Recordsource.imc,;
Recordsource.zscore_pt, Recordsource.clas_peso, Recordsource.zscore_te,;
Recordsource.clas_talla, Recordsource.edema, Recordsource.delgadez,;
Recordsource.piel_rese, Recordsource.hiperpigm, Recordsource.les_cabel,;
Recordsource.palidez, Recordsource.ruta_atenc, Recordsource.tipo_manej,;
Recordsource.dias_hosp, Recordsource.tratamient,;
Recordsource.seguimient, Recordsource.efectivid, Recordsource.ajuste,;
Recordsource.fec_aju, Recordsource.diag_medic, Recordsource.res_pr_ape,;
FROM ;
Eventos_83 Recordsource
```

Eventos(s): 347 ,348

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.pre_car_v1, Recordsource.vac_sp,;
Recordsource.dos_sp, Recordsource.fud_sp, Recordsource.vac_ei,;
Recordsource.dos_ei, Recordsource.fud_ei, Recordsource.asoc_brote,;
Recordsource.viajó, Recordsource.municipio, Recordsource.internal,;
Recordsource.codpais_pr, Recordsource.con_con, Recordsource.con_est,;
Recordsource.asma, Recordsource.epoc, Recordsource.diabetes,;
```



Recordsource.vih, Recordsource.enf\_card, Recordsource.cancer,;  
Recordsource.malnutri, Recordsource.semana\_ges, Recordsource.obesidad,;  
Recordsource.ins\_renal, Recordsource.otr\_medinnm, Recordsource.fumador,;  
Recordsource.otros\_dc, Recordsource.cual\_ot\_dc, Recordsource.tos,;  
Recordsource.fiebre, Recordsource.dol\_gar, Recordsource.rinorrea,;  
Recordsource.conjuntivi, Recordsource.cefalea, Recordsource.dif\_res,;  
Recordsource.diarrhea, Recordsource.rx\_torax, Recordsource.fec\_tom\_ra,;  
Recordsource.hallaz\_rad, Recordsource.uso\_antib, Recordsource.fec\_atib,;  
Recordsource.uso\_antiv, Recordsource.fec\_antiv, Recordsource.serv\_hosp,;  
Recordsource.der\_ple, Recordsource.der\_per, Recordsource.miocarditi,;  
Recordsource.septicemia, Recordsource.falla\_resp, Recordsource.otros,;  
Recordsource.otros\_cual, Recordsource.dx\_ini, Recordsource.dx\_egr,;  
Recordsource.trab\_salud, Recordsource.deter\_clin, Recordsource.ajuste,;  
Recordsource.fec\_aju, Recordsource.fec\_inguci, Recordsource.tuberculos,;  
Recordsource.trombocito, Recordsource.plaquetas,;  
Recordsource.odinofagia, Recordsource.adinamia,;  
Recordsource.hipertensi, Recordsource.perd\_gusto,;  
Recordsource.otros\_sint, Recordsource.cual\_ot\_si,;  
Recordsource.vac\_covid, Recordsource.dos\_covid, Recordsource.fud\_covid,;  
Recordsource.nomvac\_cov, Recordsource.pri\_nomcon,;  
Recordsource.seg\_nomcon, Recordsource.pri\_apecon,;  
Recordsource.seg\_apecon, Recordsource.tip\_idecon,;  
Recordsource.num\_idecon, Recordsource.tel\_contac,;  
Recordsource.cas\_virnue, Recordsource.hta;  
FROM :  
Eventos\_21 Recordsource

Eventos(s): 345

SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod\_pre,;  
Recordsource.cod\_sub, Recordsource.cod\_eve, Recordsource.tip.ide,;  
Recordsource.num.ide, Recordsource.pre\_car\_v1, Recordsource.vac\_sp,;  
Recordsource.dos\_sp, Recordsource.fud\_sp, Recordsource.vac\_ei,;  
Recordsource.dos\_ei, Recordsource.fud\_ei, "" AS asoc\_brote, "" AS viajó,;  
"" AS municipio, "" AS internal, "" AS codpais\_pr, "" AS con\_con,;  
"" AS con\_est, Recordsource.asma, Recordsource.epoc,;  
Recordsource.diabetes, Recordsource.vih, Recordsource.enf\_card,;  
Recordsource.cancer, Recordsource.malnutri, "" AS semana\_ges,;  
Recordsource.obesidad, Recordsource.ins\_renal, Recordsource.otr\_medinnm,;  
Recordsource.fumador, Recordsource.otros\_dc, Recordsource.cual\_ot\_dc,;  
Recordsource.tos, Recordsource.fiebre, Recordsource.dol\_gar,;  
Recordsource.rinorrea, Recordsource.conjuntivi, Recordsource.cefalea,;  
Recordsource.dif\_res, Recordsource.diarrhea, Recordsource.rx\_torax,;  
"" AS fec\_tom\_ra, Recordsource.hallaz\_rad, Recordsource.uso\_antib,;  
"" AS fec\_atib, Recordsource.uso\_antiv, Recordsource.fec\_antiv,;  
Recordsource.serv\_hosp, Recordsource.der\_ple, Recordsource.der\_per,;  
Recordsource.miocarditi, Recordsource.septicemia,;  
Recordsource.falla\_resp, Recordsource.otros, Recordsource.otros\_cual,;  
Recordsource.dx\_ini, Recordsource.dx\_egr, "" AS trab\_salud,;  
"" AS deter\_clin, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec\_aju,;  
Recordsource.fec\_inguci, "" AS tuberculos, "" AS odinofagia,;



```
''' AS adinamia, Recordsource.vac_covid, Recordsource.dos_covid,;
Recordsource.fud_covid, Recordsource.nomvac_cov,;
Recordsource.hipertensi;
FROM ;
Eventos_93 Recordsource
```

Eventos(s): 880

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.erupcion, Recordsource.tipo_erupc,;
Recordsource.fec_inieru, Recordsource.fiebre, Recordsource.ulcera_gen,;
Recordsource.otros_sign, Recordsource.cual_ot_ss,;
Recordsource.complicaci, Recordsource.comp_cereb,;
Recordsource.comp_pulmo, Recordsource.comp_oftal,;
Recordsource.cont_caso, Recordsource.fec_contac,;
Recordsource.con_est_ex, Recordsource.pareja_sex, Recordsource.viaje,;
Recordsource.codpais_pr, Recordsource.seguim_con,;
Recordsource.fec_finseg, Recordsource_fuente_inf,;
Recordsource.crit_desca, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
Eventos_96 Recordsource
```

Eventos(s): 900

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num_ide, Recordsource.sospe_even, Recordsource.cual_ot_ev,;
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;
FROM ;
Eventos_97 Recordsource
```

Eventos(s): BROTES

```
SELECT Recordsource.cod_eve, Recordsource.fec_not, Recordsource.semana,;
Recordsource.año, Recordsource.cod_pre, Recordsource.cod_sub,;
Recordsource.cod_mun, Recordsource.num_con, Recordsource.gru_1,;
Recordsource.gru_2, Recordsource.grupo_3, Recordsource.grupo_4,;
Recordsource.grupo_5, Recordsource.grupo_6, Recordsource.grupo_7,;
Recordsource.grupo_8, Recordsource.grupo_9, Recordsource.grupo_10,;
```



```
Recordsource.grupo_11, Recordsource.grupo_12, Recordsource.grupo_13,;
Recordsource.grupo_14, Recordsource.grupo_15, Recordsource.grupo_16,;
Recordsource.grupo_17, Recordsource.grupo_18, Recordsource.cas_sos,;
Recordsource.cas_pro, Recordsource.cas_conl, Recordsource.cas_conc,;
Recordsource.cas_conn, Recordsource.hombres, Recordsource.mujeres,;
Recordsource.vivos, Recordsource.muertos, Recordsource.pte_hos, Recordsource.pte_amb,;
LEFT(mun_pro,2) AS cod_dpto_p, RIGHT(mun_pro,3) AS cod_mun_pr,;
Recordsource.bar_sector, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju, Recordsource.Version,;
Recordsource.sospe_even, Recordsource.cual_ot_ev ;
FROM Brotes Recordsource
```

Eventos(s): 349

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.num_con,;
Recordsource.fec_not, Recordsource.cod_mun, Recordsource.agua,;
Recordsource.alimentos, Recordsource.pers_pers,;
Recordsource.cont_ambie, Recordsource.otro, Recordsource.desconocid,;
Recordsource.estado_bro, Recordsource.oral, Recordsource.oral_fecal,;
Recordsource.cruzada, Recordsource.g1_enfermo, Recordsource.g1_expuest,;
Recordsource.g1_hombres, Recordsource.g1_mujeres,;
Recordsource.g1_vivos, Recordsource.g1_muertos,;
Recordsource.g2_enfermo, Recordsource.g2_expuest,;
Recordsource.g2_hombres, Recordsource.g2_mujeres,;
Recordsource.g2_vivos, Recordsource.g2_muertos,;
Recordsource.g3_enfermo, Recordsource.g3_expuest,;
Recordsource.g3_hombres, Recordsource.g3_mujeres,;
Recordsource.g3_vivos, Recordsource.g3_muertos,;
Recordsource.g4_enfermo, Recordsource.g4_expuest,;
Recordsource.g4_hombres, Recordsource.g4_mujeres,;
Recordsource.g4_vivos, Recordsource.g4_muertos,;
Recordsource.g5_enfermo, Recordsource.g5_expuest,;
Recordsource.g5_hombres, Recordsource.g5_mujeres,;
Recordsource.g5_vivos, Recordsource.g5_muertos,;
Recordsource.g6_enfermo, Recordsource.g6_expuest,;
Recordsource.g6_hombres, Recordsource.g6_mujeres,;
Recordsource.g6_vivos, Recordsource.g6_muertos,;
Recordsource.g7_enfermo, Recordsource.g7_expuest,;
Recordsource.g7_hombres, Recordsource.g7_mujeres,;
Recordsource.g7_vivos, Recordsource.g7_muertos, Recordsource.fec_caso1,;
Recordsource.alimento1, Recordsource.enf_alim1, Recordsource.exp_alim1,;
Recordsource.alimento2, Recordsource.enf_alim2, Recordsource.exp_alim2,;
Recordsource.alimento3, Recordsource.enf_alim3, Recordsource.exp_alim3,;
Recordsource.alimento4, Recordsource.enf_alim4, Recordsource.exp_alim4,;
Recordsource.alimento5, Recordsource.enf_alim5, Recordsource.exp_alim5,;
Recordsource.alimento6, Recordsource.enf_alim6, Recordsource.exp_alim6,;
Recordsource.alimento7, Recordsource.enf_alim7, Recordsource.exp_alim7,;
Recordsource.alimento8, Recordsource.enf_alim8, Recordsource.exp_alim8,;
Recordsource.alimento9, Recordsource.enf_alim9, Recordsource.exp_alim9,;
Recordsource.alimento10, Recordsource.enf_alim10,;
Recordsource.exp_alim10, Recordsource.cas_ningun,;
```



```
Recordsource.cas_nausea, Recordsource.cas_vomito,;
Recordsource.cas_diarre, Recordsource.cas_fiebre,;
Recordsource.cas_dolabd, Recordsource.cas_cefale,;
Recordsource.cas_deshid, Recordsource.cas_cianos,;
Recordsource.cas_mialgi, Recordsource.cas_altral,;
Recordsource.cas_mareo, Recordsource.cas_estre,;
Recordsource.cas_escalo, Recordsource.cas_parest,;
Recordsource.cas_icteri, Recordsource.cas_acolia,;
Recordsource.cas_coluri, Recordsource.cas_lesmac,;
Recordsource.cas_anorex, Recordsource.cas_bradic,;
Recordsource.cas_sialor, Recordsource.cas_miosis,;
Recordsource.cas_otros, Recordsource.cual_sys, Recordsource.lugar,;
Recordsource.dir_lug, Recordsource.agente1, Recordsource.agente2,;
Recordsource.agente3, Recordsource.agente4, Recordsource.agente5,;
Recordsource.total_enf, Recordsource.total_exp, Recordsource.total_horn,;
Recordsource.total_muj, Recordsource.total_vivo,;
Recordsource.total_muer, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.nom_lugar;
FROM ;
EVENTOS_91 Recordsource
```

Eventos(s): 354

```
SELECT Recordsource.mes, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.num_con,;
Recordsource.fec_not, Recordsource.tipos_vigi, Recordsource.t_cam_ucia,;
Recordsource.t_dco_ucia, Recordsource.t_dcd_ucia,;
Recordsource.pro_o_ucia, Recordsource.g_cef_ucia,;
Recordsource.ddd_cef_a, Recordsource.g_imi_ucia,;
Recordsource.ddd_imi_a, Recordsource.g_mer_ucia,;
Recordsource.ddd_mer_a, Recordsource.g_pip_ucia,;
Recordsource.ddd_pip_a, Recordsource.g_van_ucia,;
Recordsource.ddd_van_a, Recordsource.t_cam_sha, Recordsource.t_dco_sha,;
Recordsource.t_dcd_sha, Recordsource.pro_o_sha, Recordsource.g_cef_sha,;
Recordsource.ddd_cef_s, Recordsource.g_cipp_sha,;
Recordsource.ddd_cipp_s, Recordsource.g_cipe_sha,;
Recordsource.ddd_cipe_s, Recordsource.g_imi_sha,;
Recordsource.ddd_imi_s, Recordsource.g_mer_sha, Recordsource.ddd_mer_s,;
Recordsource.g_pip_sha, Recordsource.ddd_pip_s, Recordsource.g_van_sha,;
Recordsource.ddd_van_s, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.g_ert_sha, Recordsource.ddd_ert_s,;
Recordsource.g_cefe_sha, Recordsource.ddd_cefe_s,;
Recordsource.g_ert_ucia, Recordsource.ddd_ert_a,;
Recordsource.g_cefe_uci, Recordsource.ddd_cefe_a,;
Recordsource.g_ceft_uci, Recordsource.ddd_ceft_a,;
Recordsource.g_oxac_uci, Recordsource.ddd_oxac_a,;
Recordsource.g_gent_uci, Recordsource.ddd_gent_a,;
Recordsource.g_line_uci, Recordsource.ddd_line_a,;
Recordsource.g_ceft_sha, Recordsource.ddd_ceft_s,;
Recordsource.g_ampi_sha, Recordsource.ddd_ampi_s,;
Recordsource.g_oxac_sha, Recordsource.ddd_oxac_s,;
```



```
Recordsource.g_amox_sha, Recordsource.ddd_amox_s,;
Recordsource.g_amik_sha, Recordsource.ddd_amik_s,;
Recordsource.g_gent_sha, Recordsource.ddd_gent_s,;
Recordsource.g_trim_sha, Recordsource.ddd_trim_s,;
Recordsource.g_line_sha, Recordsource.ddd_line_s,;
Recordsource.g_dori_uci, Recordsource.ddd_dori_a,;
Recordsource.g_dori_sha, Recordsource.ddd_dori_s;
FROM ;
    Eventos_81 Recordsource
```

Eventos(s): 813

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.cond_tuber, Recordsource.tip.tub,;
Recordsource.loctbrextr, Recordsource.clas_ant, Recordsource.clascaso,;
Recordsource.trab_salud, Recordsource.nomb_ocupa,;
Recordsource.prev_vih, Recordsource.peso_act, Recordsource.talla_act,;
Recordsource.imc, Recordsource.baciloscop, Recordsource.fec_bacilo,;
Recordsource.res_bk, Recordsource.fec_res_bk, Recordsource.cultivo,;
Recordsource.resultivo, Recordsource.prueb_mole,;
Recordsource.res_pr_mol, Recordsource.esp_pmolec,;
Recordsource.histopatol, Recordsource.reshistopa,;
Recordsource.cuadro_cli, Recordsource.nex_epi, Recordsource.radiologic,;
Recordsource.adा, Recordsource.tuberculin, Recordsource.diabetes,;
Recordsource.silicosis, Recordsource.enfe_renal, Recordsource.epoc,;
Recordsource.enfe_hepat, Recordsource.cancer, Recordsource.artritis,;
Recordsource.desnutrici, Recordsource.fec_conf, Recordsource.psf,;
Recordsource.tipo_resis, Recordsource.estreptomi,;
Recordsource.isoniazida, Recordsource.rifampi, Recordsource.etambutol,;
Recordsource.pirazinami, Recordsource.quinolas,;
Recordsource.inyectable, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.clofazimin, Recordsource.delamanid,;
Recordsource.levofloxac, Recordsource.moxifloxac,;
Recordsource.bedaquilin, Recordsource.linezolid;
FROM ;
    eventos_89 Recordsource
```

Eventos(s): 155

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip.ide,;
Recordsource.num.ide, Recordsource.tipo_cance, Recordsource.fec_pro_co,;
Recordsource.fec_res.bi, Recordsource.res.biops9,;
Recordsource.grad_histo, Recordsource.clas.cieo,;
Recordsource.fec_toma.e, Recordsource.fec_res.ex,;
```



```
Recordsource.biop_exoce, Recordsource.res_b_exoc,;
Recordsource.grado_hist, Recordsource.biop_endoc,;
Recordsource.res_b_aden, Recordsource.res_b_hist,;
Recordsource.cla_cie_hi, Recordsource.seg_trat_i,;
Recordsource.radioterap, Recordsource.quirurgico,;
Recordsource.quimiotera, Recordsource.hormonoter,;
Recordsource.cuid_palia, Recordsource.inmunotera,;
Recordsource.fch_seg_tr, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju,;
Recordsource.res_biopsi, Recordsource.grad_hi_cu,;
FROM ;
Eventos_79 Recordsource
```

Eventos(s): 550

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;
Recordsource.num.ide,;
ALLTRIM(A.pri_nom)+" "+ALLTRIM(A.seg_nom)+" "+ALLTRIM(A.pri_ape)+" "+ALLTRIM(A.seg_ape) AS nom_madre,;
Recordsource.sit_def, Recordsource.convivenci, Recordsource.otro_cov,;
Recordsource.escolarida, Recordsource.reg_fec, Recordsource.gestacione,;
Recordsource.partos, Recordsource.cesareas, Recordsource.abortos,;
Recordsource.muertos, Recordsource.vivos, Recordsource.ninguno,;
Recordsource.hip_cro, Recordsource.cardiopati, Recordsource.diabetes,;
Recordsource.mola_hida, Recordsource.pretermino,;
Recordsource.bajo_peso, Recordsource.macrosomic,;
Recordsource.trastorno, Recordsource.obesidad, Recordsource.d_cronica,;
Recordsource.inter_gene, Recordsource.its_dis, Recordsource.vih_sida,;
Recordsource.otras, Recordsource.rh_negativ, Recordsource.tabaquismo,;
Recordsource.alcoholism, Recordsource.psicoactiv,;
Recordsource.def_condic, Recordsource.sifilis, Recordsource.hepatitisb,;
Recordsource.otros_fr, Recordsource.gingivitis,;
Recordsource.preeclamps, Recordsource.eclampisia,;
Recordsource.sin_helpp, Recordsource.d_gestacio, Recordsource.sepsis,;
Recordsource.hem_1er, Recordsource.hem_2do, Recordsource.hem_3er,;
Recordsource.desp_cefal, Recordsource.retardo, Recordsource.enfer_auto,;
Recordsource.malaria, Recordsource.embarazo_n, Recordsource.violecia,;
Recordsource.ges_pro_vs, Recordsource.feto_incom,;
Recordsource.sin_depres, Recordsource.otras_comp,;
Recordsource.cuales_inf, Recordsource.cuales_com, Recordsource.num_con,;
Recordsource.si_ctrl, Recordsource.con_rea, Recordsource.niv_ate,;
Recordsource.cla_rie, Recordsource.cla_por, Recordsource.rem_opo,;
Recordsource.complicaci, Recordsource.mom_ocu_p, Recordsource.sem_mue,;
Recordsource.fec_parto, Recordsource.hor_parto, Recordsource.tip_par,;
Recordsource.par_ate, Recordsource.otro_quien, Recordsource.niv_ate_pa,;
Recordsource.cau_bas, Recordsource.cau_mte, Recordsource.demoras,;
Recordsource.demora1, Recordsource.demora2, Recordsource.demora3,;
Recordsource.demora4, Recordsource.EstoTran,;
RecordSource.Ajuste, RecordSource.Fec_aju, Recordsource.OTRA_REGUL, ;
Recordsource.TUVO_CONPR, Recordsource.NOM_PERSON, Recordsource.APE_PERSON, ;
Recordsource.COD_MUNRES, Recordsource.AREA_RES , Recordsource.LOCALI_RES, ;
Recordsource.BARR_RES , Recordsource.CEN_POBLAD, Recordsource.VERED_RES , ;
```



```
Recordsource.DIR_RES,Recordsource.TELEF_PERS,Recordsource.PARENTESCO, Recordsource.FEC_TERGES ;  
FROM ;  
paciente A ;  
INNER JOIN Eventos_58 Recordsource ;  
ON ((( ( A.semana = Recordsource.semana;  
AND A.año = Recordsource.año );  
AND A.cod_pre = Recordsource.cod_pre );  
AND A.cod_sub = Recordsource.cod_sub );  
AND A.cod_eve = Recordsource.cod_eve );  
AND A.tip_ide = Recordsource.tip_ide );  
AND A.num_ide = Recordsource.num_ide
```

Eventos(s): 101

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.tip_ide,;  
Recordsource.num_ide, Recordsource.fec_acc, Recordsource.dir_accide,;  
Recordsource.act_rea, Recordsource.act_rea_ot, Recordsource.tip_aten_i,;  
Recordsource.cual_ti_ai, Recordsource.loc_mor, Recordsource.hay_eviden,;  
Recordsource.vio_animal, Recordsource.animal_cap, Recordsource.age_agrg,;  
Recordsource.edema, Recordsource.dolor, Recordsource.flctenas,;  
Recordsource.parestesia, Recordsource.equimosis, Recordsource.nauseas,;  
Recordsource.hemorragia, Recordsource.hipotensio, Recordsource.bradicardi,;  
Recordsource.dol_abd, Recordsource.focal_neur, Recordsource.celulitis,;  
Recordsource.absceso, Recordsource.necrosis, Recordsource.hipoperfus,;  
Recordsource.sind_compa, Recordsource.hemorr_mas, Recordsource.sho_hip,;  
Recordsource.falla_rena, Recordsource.falla_resp, Recordsource.coma,;  
Recordsource.coagu_intr, Recordsource.sev_acc, Recordsource.emp_sue,;  
Recordsource.tipo_suero, Recordsource.reg_invima, Recordsource.tip_tra,;  
Recordsource.reacc_apl, Recordsource.dos_sue, Recordsource.tie_adm, Recordsource.remitido,;  
Recordsource.ajuste, Recordsource.fec_aju;  
FROM Eventos_98 Recordsource
```

Eventos(s): 957

```
SELECT Recordsource.semana, Recordsource.año, Recordsource.cod_pre,;  
Recordsource.cod_sub, Recordsource.cod_eve, Recordsource.num_con,;  
Recordsource.fec_not, Recordsource.cod_mun, Recordsource.tipo_micro,;  
Recordsource.microorgan, Recordsource.perfil_res,;  
Recordsource.fec_ini_br, Recordsource.fec_idenbr,;  
Recordsource.fec_ultcas, Recordsource.dias_trans, Recordsource.est_bro,;  
Recordsource.fec_cierre, Recordsource.aumento, Recordsource.nuevo_aisl,;  
Recordsource.camresist, Recordsource.config_en, Recordsource.pac_num,;  
Recordsource.trab_num, Recordsource.aso_jad, Recordsource.aso_iapmq,;  
Recordsource.aso_medic1, Recordsource.aso_enferm, Recordsource.aso_ira,;  
Recordsource.aso_otros, Recordsource.otr_aso, Recordsource.hip_cont,;  
Recordsource.otr_hipo, Recordsource.total_inf, Recordsource.total_exp,;  
Recordsource.total_muer, Recordsource.def_atr, Recordsource.cas_col,;  
Recordsource.mortalidad, Recordsource.letalidad,;
```



Recordsource.tasa\_ataq, Recordsource.en\_uci\_a, Recordsource.inf\_uci\_a,;  
Recordsource.exp\_uci\_a, Recordsource.tas\_uci\_a, Recordsource.en\_uci\_p,;  
Recordsource.inf\_uci\_p, Recordsource.exp\_uci\_p, Recordsource.tas\_uci\_p,;  
Recordsource.en\_uci\_n, Recordsource.inf\_uci\_n, Recordsource.exp\_uci\_n,;  
Recordsource.tas\_uci\_n, Recordsource.en\_uci\_ia,;  
Recordsource.inf\_uci\_ia, Recordsource.tas\_uc\_ia,;  
Recordsource.exp\_uci\_ia, Recordsource.en\_uci\_ip,;  
Recordsource.inf\_uci\_ip, Recordsource.tas\_uc\_ip,;  
Recordsource.exp\_uci\_ip, Recordsource.en\_uci\_in,;  
Recordsource.inf\_uci\_in, Recordsource.tas\_uc\_in,;  
Recordsource.exp\_uci\_in, Recordsource.en\_uci\_bn,;  
Recordsource.inf\_uci\_bn, Recordsource.tas\_bas\_ne,;  
Recordsource.exp\_uci\_bn, Recordsource.en\_uci\_ha,;  
Recordsource.inf\_uci\_ha, Recordsource.tas\_hos\_ad,;  
Recordsource.exp\_uci\_ha, Recordsource.en\_uci\_ma,;  
Recordsource.inf\_uci\_ma, Recordsource.tas\_mater,;  
Recordsource.exp\_uci\_ma, Recordsource.en\_uci\_ho,;  
Recordsource.inf\_uci\_ho, Recordsource.tas\_hospit,;  
Recordsource.exp\_uci\_ho, Recordsource.en\_otr\_ser, Recordsource.list\_ot\_se,;  
Recordsource.inf\_otros, Recordsource.tas\_otros,;  
Recordsource.exp\_otros, Recordsource.num\_infe,;  
Recordsource.tip\_infec1, Recordsource.can\_tipin1,;  
Recordsource.tip\_infec2, Recordsource.can\_tipin2,;  
Recordsource.tip\_infec3, Recordsource.can\_tipin3,;  
Recordsource.tip\_infec4, Recordsource.can\_tipin4,;  
Recordsource.tip\_infec5, Recordsource.can\_tipin5,;  
Recordsource.num\_muestr, Recordsource.tip\_muest1,;  
Recordsource.cant\_mues1, Recordsource.tip\_muest2,;  
Recordsource.cant\_mues2, Recordsource.tip\_muest3,;  
Recordsource.cant\_mues3, Recordsource.tip\_muest4,;  
Recordsource.cant\_mues4, Recordsource.tip\_muest5,;  
Recordsource.cant\_mues5, Recordsource.g1\_infecta,;  
Recordsource.g1\_expost, Recordsource.g2\_infecta,;  
Recordsource.g2\_expost, Recordsource.g3\_infecta,;  
Recordsource.g3\_expost, Recordsource.g4\_infecta,;  
Recordsource.g4\_expost, Recordsource.g5\_infecta,;  
Recordsource.g5\_expost, Recordsource.g6\_infecta,;  
Recordsource.g6\_expost, Recordsource.g7\_infecta,;  
Recordsource.g7\_expost, Recordsource.homb, Recordsource.muje,;  
Recordsource.envioa\_ins, Recordsource.microo\_ins, Recordsource.res\_ins,;  
Recordsource.aisla\_ins, Recordsource.anali\_clon,;  
Recordsource.aisl\_clona, Recordsource.n\_aisl\_clo,;  
Recordsource.nom\_dil\_fi, Recordsource.ajuste, Recordsource.fec\_aju,;  
FROM :  
eventos\_99 Recordsource