

Afiliado

Tipo de documento	Número de documento	Nombre	Apellido	diaDeNacimiento	mesDeNacimiento	anioDeNacimiento	Dirección de residencia	Teléfono	Tipo	ID Afiliado Contribuyente (opcional)
NN	PK, NN, ND	NN	NN	NN	NN	NN	NN	NN	CK(beneficiario, contribuyente)	FK

IPS

NIT	Nombre	Dirección	Teléfono
PK, NN, ND	NN	NN	NN

Médico

Nombre	Tipo de documento	Número de documento	Numero de Registro Medico
NN	NN	NN, ND	NN, PK

Orden de Servicio

Id	Fecha	Estado	RegistroMédico	ID Afiliado
PK, NN, ND	NN	NN CK(Vigente, Cancelada, Completada)	FK	FK (Afiliado.NumeroDeDocumento)

Receta Médica

Id	Fecha	Medicamento	Estado	ID Afiliado	ID Médico
PK, NN, ND	NN	NN	NN	FK	FK

Cita

Id	Horario	ID Servicio	ID Afiliado	Fecha	Vigencia	Tipo Consulta	ID Médico	NIT IPS
PK, NN, ND	NN	FK, NN	FK	NN	SA CK(vigente, vencida)	NN	FK NN	NN FK

Hospitalización

ID Hospitalizacion	Fecha inicio	Fecha Fin	Razon	Diagnóstico	ID Médico	ID Afiliado
PK, NN	NN	US	US NN	US	FK NN	FK NN

Prestacion de servicio

ID Prestacion	Servicio Prestado	ID Cita
NN	NN, US	FK

Especialidad

ID	Tipo Especialidad
PK NN SA	US, NN

Servicio de Salud

ID	Tipo	Nombre	Descripción
PK NN SA	US, NN	NN	NN

Ips-Servicios

NIT Ips	ID Servicio
FK, NN, ND, PK	FK, NN, PK

Ips-Medicos

Numero de Registro Medico	NIT IPS
FK, NN, ND, PK	FK, NN, PK

OrdenServicio-ServicioDeSalud

ID Orden	ID Servicio
FK, NN, ND, PK	FK, NN, PK