

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



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

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

Historial 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 Ramirez 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	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012. Incluye los eventos bajo peso al nacer, Morbilidad Materna Extrema	Wilson Eduardo Aguilar landínez
30.12.2011	2011.2	Versión revisada para implementación 2012 Incluye nuevos eventos: bajo peso al nacer, exposición a flúor, tuberculosis farmacorresistente, mortalidad por desnutrición. Revisión de reglas de validación	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	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2012 2.0.0: . Revisión de reglas de validación . Cambios en la estructura de varios eventos . Cambios en la estructura de la notificación individual . Incluye propuesta de estructura para el evento Vigilancia nutricional de la gestante (Cod. 111)	Wilson Eduardo Aguilar landínez
15.01.2014	2014.1	Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2014 1.0.0: . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Cambios en la estructura de varios eventos . Cambios en la estructura de la notificación individual . Inclusión de nuevos eventos . Eliminación de eventos . Individualización de eventos . Adición de datos complementarios para ciertos eventos	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"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Inclusión de nuevo evento Cod. 452 	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"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos . Inclusión de nuevos eventos 	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"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos . Inclusión de nuevos eventos 	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"> . Revisión de reglas de validación . Eliminación e inclusión de variables para el evento con Cod. 453 . Inclusión de nuevos eventos: Cod. 357, Cod. 359 . Eliminación de eventos Cod. 353 . Inclusión de registro de indicadores (Web) 	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"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos 	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"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos 	Wilson Eduardo Aguilar landínez

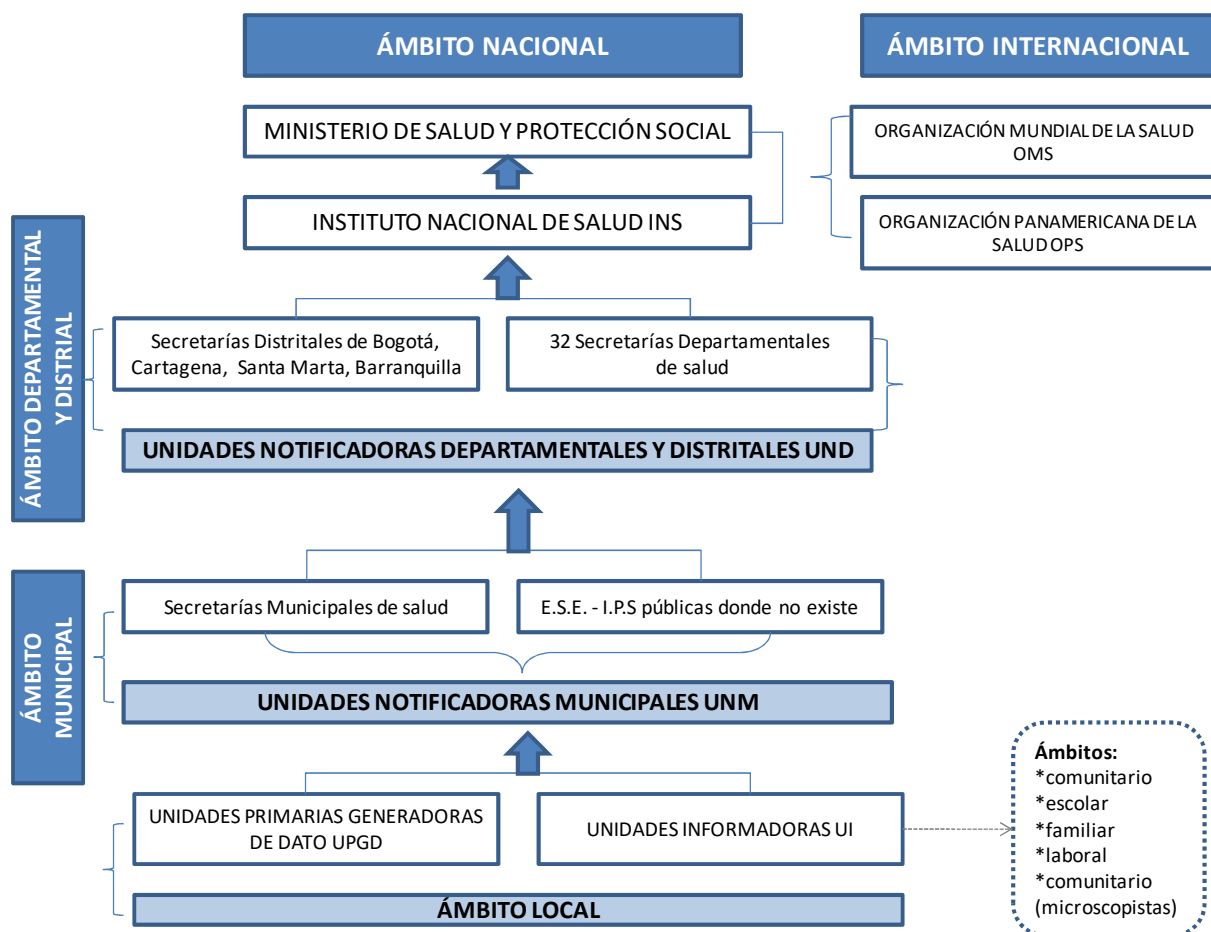
		. Inclusión de nuevos eventos: Cod. 813, Cod. 362 y Cod. 349	
04.01.2019	2018.1	<p>Versión ajustada por el Instituto Nacional de Salud para implementación 2018 1.5.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Revisión de reglas de validación . Revisión de valores admisibles en las variables de ciertos eventos . Eliminación e inclusión de variables para ciertos eventos 	Wilson Eduardo Aguilar landínez

CONTENIDO

1. FLUJO Y ESTRUCTURA DE ARCHIVOS PLANOS	7
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) a la Unidad Notificadora Municipal (UNM).	8
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Municipal (UNM) a la Unidad Notificadora Departamental (UND).	9
Nombramiento de archivos planos para el flujo de la Unidad Notificadora Departamental (UND) al Instituto Nacional de Salud (INS).	10
1.1. Estándar y características de los archivos planos.....	10
Archivo C. Plano de Control - para la UPGD.	12
Archivo U. Estructura del archivos plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD.	13
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 -	20
Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos	25
2. ESTRUCTURA DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL	30
Archivo N. Archivo plano contenedor de datos de notificación individual periódica semanal obligatoria datos básicos	30
3. ESTRUCTURA DE DATOS COMPLEMENTARIOS PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL	35
Relación datos básicos con datos complementarios	36
4. REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE SALA DE CIRUGÍA Y SALA DE PARTO PARA LOS INDICADORES MENSUALES DE CADA UPGD.....	37
APROBADO	359

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 transfiere 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 transfiere 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.
- c. La Unidad Notificadora Departamental consolida datos de los archivos planos recibidos y trasfiere 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: 52001**33333**01, 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: Sí 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
SIGLA + CODIGO DEPARTAMENTO + SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.txt	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.

- 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.
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (" "), ni ningún otro carácter especial.
- Para optimizar el proceso del envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP.
- No colocar ningún carácter especial de fin de registro o archivo.

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)

Sigla	Descripción	Longitud
U	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades primarias generadoras del dato UPGD.	1
V	Archivo plano contenedor de datos de caracterización de unidades de cuidado intensivo (UCI) en las UPGD.	1
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	1
N	Archivo plano contenedor de datos básicos de notificación individual periódica semanal obligatoria	1
B	Archivo plano contenedor de datos de notificación colectiva periódica semanal obligatoria	1
D	Archivo plano contenedor de datos complementarios de notificación periódica semanal obligatoria.	1
C	Archivo plano de control.	1
T	Archivo plano contenedor de datos de los eventos de notificación individual periódica semanal obligatoria.	1
I	Archivo plano contenedor de datos del evento colectivo morbilidad por IRA (Vigilancia Centinela ESI - IRAG)	1
SIVIGILA	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" Ejemplo: 52 001 00001 (Ver Nota 1)
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. (Ver Nota 2)
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 contenedor 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	AAAA-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	100	Texto	Correo electrónico de la UPGD.	SI	Validar que tenga el carácter “@” y como mínimo 8 caracteres

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor 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	
Notifica Actualmente	NOT_ACT	1	Texto	1 = SÍ 2 = NO	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 TENGA 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 contenedor 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
Unidad Informadora	ES_UNI_NOT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Estado	ESTADOUPGD	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 SIMGILA
Notifica IAAS?	NOTIF_IAAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Solo ISO-Endometritis	SI	
¿La IPS es Hospital universitario?	HOSP_UNIVE	1	texto	1= SI 2= NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
¿La IPS Pertenece al régimen de excepción?	REG_EXCEPC	1	texto	1= SI 2= NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Cuál es el número total de camas hospitalarias en la IPS sin incluir urgencias	TOT_CAMAS	5	Texto	>=1 AND <= 99999	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí Segun capacidad instalada inscrita en la caracterización

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor de datos de Caracterización de UPGD

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cuenta la UPGD con un comité de infecciones conformado de manera oficial	COMITE_INF	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
La búsqueda de casos de infección es realizada por profesionales	BI_PROFESI	1	texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Cuántos brotes de IAAS se presentaron en el último año?	IAAS_ULTIM	3	texto	>=0 AND <=100	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" 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	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" 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	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología	LAB_MICROB	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio es propio	LAB_PROPIO	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	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	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 2=No

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor 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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "La UPGD dispone de servicio de laboratorio de microbiología" en opción 1=Sí

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor 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	NO	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	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
Utiliza el software Whonet para el análisis de los datos microbiológicos.	WHONET	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" 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	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio de microbiología confirma perfiles inusuales de las cepas.	LAB_CON_PE	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" 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	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí
El laboratorio de microbiología reporta al Comité de Infecciones los hallazgos microbiológicos inusuales.	LAB_REPORT	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	Obligatoria si la respuesta a "Notifica IAAS" es 1=sí

Archivo U. Estructura del archivo plano contenedor 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	
Quién realiza la vigilancia de CAB en la UPGD?	QUIEN_VCAB	1	Texto	1 = Médico 2 = Químico Farmacéutico 3 = Enfermera	NO	
La UPGD cuenta con servicio de Cirugía General	SER_CIRGEN	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	
La UPGD cuenta con servicio de Gineco-Obstetricia	SER_GINECO	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	
La UPGD cuenta con servicio de Cirugía Cardiovascular	SER_CIRCAR	1	Texto	1 = SI 2 = NO	NO	



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	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Código Artículo	COD_ART	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 = Virología	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	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	

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-PN = 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 = Medico - Quirurgica 3 = Cardiovascular	SI	
Activa	ACTIVA	1	Texto	1 = Sí 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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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	
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	SI	



Estructura para los registros de Laboratorios en todos los eventos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
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 Nasofaríngeo 4 = Tejido 6 = Lcr 7 = Heces 8 = Aspirado Nasofaríngeo 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 = Secreciones 33 = Placenta 34 = Cordón umbilical	SI	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	2	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 = Dudoso 6 = Valor Registrado 7 = Compatible 9 = Desconocido 10 = Reactivo 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	NO	(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.	NO	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	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	
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



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	
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	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	Si 2.7, selecciona RC: Valor TI: Valor CC: Valor numérico CE: PA: MS: AS:

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
Edad	EDAD	3	Numérico	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 unidad de medida el mismo valor (cero)
Unidad de medida de la edad	UNI_MED	1	Texto	0 = No aplica 1 = Años 2 = Meses 3 = Días 4 = Horas 5 =	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 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	
Área de ocurrencia del caso.	AREA	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	SI	
Localidad o Comuna	LOCALIDAD	20	Texto	Dependiente 2.14.1	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
Centro Poblado	CEN_POBLAD	20	Texto	Dependiente 2.14.2	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 2= centro poblado
Vereda	VEREDA	20	Texto	Dependiente 2.14.3	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 3= rural disperso

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
Barrio Vereda Localidad de ocurrencia del caso	BAR_VER	20	Texto	Texto Asociado a tabla de barrios definidos por la entidad territorial	NO	Dependiente de área de ocurrencia en la opción 1= cabecera Municipal
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.	NO	Si se selecciona la opción N = no aasegurado en la variable tipo de régimen en salud, se desactiva la variable código de administradora. Para las demás opciones es 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
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	
Nombre del grupo indígena de pertenencia	NOM_GRUPO	20	Texto		NO	* Aplica solo para las salidas en excel
Grupo Poblacional - Discapacitados	GP_DISCAPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Desplazados	GP_DESPLAZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Migrantes	GP_MIGRANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Carcelarios	GP_CARCELA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Gestantes	GP_GESTAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	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
Grupo Poblacional - Indigentes	GP_INDIGEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Población infantil a cargo del ICBF	GP_POBICFB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Madres Comunitarias	GP_MAD_COM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Desmovilizados	GP_DESMOVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Población en centros psiquiátricos	GP_PSIQUIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Víctima de violencia armada	GP_VIC_VIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Grupo Poblacional - Otros	GP_OTROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Código del Departamento de Residencia del paciente.	COD_DPTO_R	2	Texto	Código del Departamento Según registro Divipola fuente DANE. Ejemplo: Nariño = 52	SI	
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

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
Fecha Inicio de Síntomas	INI_SIN	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	<p><= a la fecha de consulta</p> <p>Depende del evento notificado, debe tenerse en cuenta el documento codificación de eventos.</p> <p>Si a partir de esta fecha se construye la semana epidemiológica del evento debe ser obligatorio su diligenciamiento</p>
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	NO	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)	NO	<p>Dependiente de hospitalizado en la opción 1=si</p> <p>>= fecha de consulta</p>
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

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
Fecha Defunción	FEC_DEF	10	Texto	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable >= 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 digitación	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	10	Texto	Numero del certificado de defunción (Opcional)	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 (Obligatorio dependiente de 3.7)	NO	Si se selecciona la opción 2= muerto en condición final debe ser obligatorio el diligenciamiento de esta variable



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
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	
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	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Notificación inmediata	INMEDIATA	2	Texto	SI – Indica que el registro corresponden a una notificación inmediata NO – Indica que el registro corresponde a una notificación rutinari	NO	
Version	VERSION	30	Texto	Para uso interno. Versión del SIMGILA con la que fue grabado o actualizado el registro	NO	
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
Ingreso por notificación inmediata	INGR_X_NI	1	Texto	Para uso interno. Indica si el registro fue grabado en el escenario de notifiación 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	N 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	T Texto	1 = Notificación rutinaria 2 = Búsqueda Activa Institucional 3 = Vigilancia intensificada 4 = Búsqueda Activa Comunitaria 5 = Investigaciones	NO	Si AJUSTE es 0 o 7, Fuente es obligatoria.
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	T 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	T Texto	>=1 AND <=45	NO	Dependiente de "Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1=Sí
Grupo étnico	GRUPO_ETNI	3	T Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Pertenencia étnica" en opción 1
Nacionalidad	NACIONALID	3	T Texto	Según tabla de referencia	NO	Si AJUSTE es 0 o 7, Nacionalidad es obligatoria.



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 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" Ejemplo: 52 001 00001
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 CIE X ó Código del 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.
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.



4. REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE SALA DE CIRUGÍA Y SALA DE PARTO PARA LOS INDICADORES MENSUALES DE CADA UPGD

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Fecha actual	fecha_act		10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034) Rango.1-53.	SI	Se ingresa este valor automáticamente cuando el registro es guardado en el sistema
Mes de reporte	mes_rep		2	Texto	Campo tipo Scroll que permite el ingreso de cualquiera de los 12 meses del año	SI	
Año de reporte	ano_rep		4	Texto	Campo tipo Scroll que permite el ingreso del año a reportar	SI	
Razón social	raz_soc		100	Texto	Nombre del prestador de servicios según Código	SI	Asignada automáticamente por el sistema al ingresar el usuario al sistema según su UPGD
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 del 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	
Dirección IP	ip_usu		20	Texto	Número de dirección IP asignado por operadores de internet que corresponde al PC o maquina desde la cual ingresa los datos el usuario	SI	Se ingresa este valor automáticamente al sistema

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 0)	num_ces0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	den_ces0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_ces0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 1)	num_ces1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	den_ces1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_ces1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 2)	num_ces2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	den_ces2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_ces2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Número de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes (riesgo 3)	num_ces3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Total de procedimientos quirúrgico de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	den_ces3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de cirugía de cesárea por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_ces3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_ing0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_ing0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_ing0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_ing1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_ing1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_ing1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_ing2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_ing2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_ing2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_ing3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_ing3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia inguinal con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_ing3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_f_0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_f_0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_f_0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_f_1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_f_1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_f_1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_f_2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_f_2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_f_2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_f_3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_f_3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia femoral con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_f_3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_umb0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_umb0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_umb0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_umb1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_umb1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_umb1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_umb2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_umb2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_umb2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_umb3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_umb3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia umbilical con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_umb3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_spi0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_spi0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_spi0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_spi1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_spi1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_spi1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_spi2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_spi2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_spi2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_spi3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_spi3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia de spiegelhel con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_spi3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_epig0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_epig0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_epig0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_epig1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_epig1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_epig1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_epig2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_epig2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_epig2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_epig3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_epig3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia epigástrica con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_epig3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_inci0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_inci0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_inci0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_inci1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_inci1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_inci1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_inci2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_inci2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_inci2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_inci3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia incisional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_inci3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia insicional con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_inci3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	n_her_mall0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_her_mall0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_her_mall0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	n_her_mall1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_her_mall1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_her_mall1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	n_her_mall2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_her_mall2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_her_mall2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	n_her_mall3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_her_mall3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de herniorrafia con malla por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_her_mall3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	rev_mio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_rev_mio0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_rev_mio0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	rev_mio1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_rev_mio1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_rev_mio1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	rev_mio2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_rev_mio2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_rev_mio2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	rev_mio3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_rev_mio3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_rev_mio3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	colecio		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_coleci0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_coleci0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	colec1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_coleci1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_coleci1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador : Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	colec2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_colec2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_colec2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	colec3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_colec3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de colecistectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_coleci3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	apend0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	d_apend0		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 0)	ind_apend0		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	apend1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador

NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	d_apend1		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 1)	ind_apend1		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	apend2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	d_apend2		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 2)	ind_apend2		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	apend3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	d_apend3		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico de apendicectomía por tipo de riesgo en el mes. (riesgo 3)	ind_apend3		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Numerador: Número de endometritis post cesárea en el mes.	n_endo		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de procedimientos quirúrgico de cesárea en el mes.	d_endo		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de endometritis post cesárea en el mes.	ind_endo		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario



NOMBRE LOGICO	NOMBRE DEL CAMPO		LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACION
Numerador: Número de endometritis post parto en el mes.	n_endo_p		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	1. Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999 2. El numerador no debe ser mayor al denominador
Denominador: Total de partos en el mes.	d_endo_p		4	int	Valores numéricos de 0 a 9999 (Valor por defecto cero (0))	SI	Números mayores a 0 y menores o iguales a 9999
Indicador: Porcentaje de endometritis post parto en el mes.	ind_endo_p		4	decimal	Valores decimales, (dos enteros y dos decimales)	SI	Valor calculado de la división entre el numerador y el denominador, el resultado es multiplicado por 100. Este valor es asignado por el sistema cuando se envía a guardar el formulario
Nombres y apellidos de la persona que diligencia el formulario	nom_apell		100	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Cargo de la persona que diligencia el formulario	cargo		50	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Teléfono de la persona que diligencia el formulario	telf		15	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Si este valor no es digitado el formulario no deja guardar la información
Correo electrónico de la persona que diligencia el formulario	correo		50	Texto	Digitados por el usuario (texto)	SI	Se valida que contenga direcciones de correo validas a ingresar



Accidente ofídico (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	
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	SI	



Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
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	NO	Opcional dependiente de "Actividad que realizaba en el momento del accidente"
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	NO	Opcional dependiente de "Tipo de atención inicial" en opción 7=Otro



Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
La persona fue sometida a prácticas no medicas	PRAC_NOMED	1	Texto	1 = Pócimas 2 = Rezos 3 = Emplastos de hierbas 4 = Ninguno 5 = Otro 6 = Succión bucal	SI	
Cuál otro?	CUAL_PR_NM	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "La persona fue sometida a prácticas no medicas" en opción 5=Otro
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 7 = Pelamis (serpiente de mar) 8 = Colubrido 9 = Sin identificar 6 = Otro	SI	
Cuál otro?	AGE_AGG_OT	30	Texto	Texto	NO	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 riega 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	NO	Opcional dependiente de "Agente agresor, nombre común"
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 Flictenas	FLICTENAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Parestesias/hipoestesis	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	
Manifestaciones locales Cuál otro?	QUE_OTRO	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Manifestaciones locales Otro"

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas Náusea	NAUSEAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Bradicardia	BRADICARDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hipotensión	HIPOTENSIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Dolor abdominal	DOL_ABD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Fascies Neurotóxica	FAS_NEU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Alteraciones de la visión	ALT_VIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Alteración sensorial	ALT_SEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Debilidad muscular	DEB_MUS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Oliguria	OLIGURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Cianosis	CIANOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Gingivorragia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Manifestaciones sistémicas Hematemesis	HEMATEMESI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Hematoquexia	HEMATOQUEX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Vértigo	VERTIGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Ptosis palpebral	PTO_PALPEB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Dificultad para hablar	DIF_HABLAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones sistémicas Otro	OTRO_MS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Manifestaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_MS	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Manifestaciones sistémicas Otro"
Complicaciones locales Celulitis	CELULITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Absceso	ABSCESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Mionecrosis	MIONECROSI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicaciones locales Fasciitis	FASCEITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	

Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Complicaciones locales Cuál otro?	CUA_OTR_CL	30	Texto	Texto	NO	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	
Complicaciones sistémicas Cuál otro?	CUAL_OTR_C	30	Texto	Texto	NO	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	



Accidente ofídico (Cod. 100)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo transcurrido	TIP_TRA	5	Hora	Formato DD:HH; usa el separador ":" para horas y minutos.	NO	Utilizar formato hora militar Depende de "empleó suero" en la opción 1= si
Tipo de suero antiofídico	TIP_SA	1	Texto	1 = Antiofídico polivalente 3 = Anti-coral	NO	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	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si
Dosis de suero	DOS_SUE	2	Numérico	Registrar el numero de ampollas suministradas al paciente	NO	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 Depende de empleó suero en la opción 1= si
Remitido a otra institución	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tratamiento quirúrgico	TTO_QX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	NO	Depende de "tratamiento quirúrgico" en opción 1=si
Complicaciones locales Síndrome compartimental	SIND_COMPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Accidente ofídico (Cod. 100)

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	
Fabricante del Suero Antiofídico	FABRI_SUER	1	Texto	1 = Probiol 2 = Bioclon 3 = INS (Instituto Nacional de Salud) 4 = Otro	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si
Cuál otro fabricante?	CUAL_FABRI	30	Texto	texto	NO	Opcional dependiente de "Fabricante del suero antiofídico" en opción 5=otro
Lote del suero antiofídico	LOTE_SUERO	15	Texto	texto	NO	Depende de empleó suero en la opción 1= si



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	
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	SI	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer nombre del recién Nacido	NOM_REC_NA	20	Texto	Texto	NO	
Segundo Nombre del recién Nacido	SEG_NOM_RN	20	Texto	Texto	NO	
Primer apellido del recién Nacido	APE_REC_NA	20	Texto	Texto	NO	
Segundo apellido del recién Nacido	SEG_APE_RN	20	Texto	Texto	NO	
Tipo de documento del recién nacido	TIP_DOC_RN	2	Texto	RC = Registro Civil MS = Menor sin identificación PE = Permiso Especial de Permanencia	SI	
Número de identificación del RN	NO_IDE_RN	16	Texto	Texto	SI	
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 60 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

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Edad gestacional del primer control prenatal	EDAD_GES	2	Numérico	>=0 AND <=45	NO	Depende de Hubo controles prenatales? en opción 1=Si
Número de controles prenatales	NO_CON_PRE	2	Numérico	>=0 AND <=30	NO	Depende de Hubo controles prenatales? en opción 1=Si
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Calcio	CALCIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Hierro	SULFATO_FE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Consumió micronutrientes durante el embarazo. Ac. Fólico	ACI_FOLICO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo?	ANEMIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	
Registre el último valor de Hemoglobina que tuvo la madre	ULT_HEMO_M	4	Texto	>= 2.0 AND <=20.0	NO	
T trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina	TRIM_G_COR	1	Texto	1 = Primero 2 = Segundo 3 = Tercero	NO	
Periodo inter genésico menor a dos años	PER_INT_M2	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Número de embarazos previos	NUM_EM_PRE	2	Numérico	>= 0 AND <=20	SI	
Número de hijos vivos contando el actual	NUM_HI_VIV	2	Numérico	>= 1 AND <=20	SI	

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer?	H_ANTE_BPN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Aplica solo para la investigación de campo con visita efectiva: si la variable número de hijos vivos contando el actual es 1, desactivar; si igual o mayor a 2 debe ser obligatoria
¿Durante el embarazo presento HTA?	HTA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
¿Durante el embarazo presento amenaza de parto pre término?	PART_PRET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo	BEB_ALCOH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico	ACTIV_DIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
¿Durante el embarazo presentó IVU?	IVU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo	DIAG_SOBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo	DIAG_DESNU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Cuál fue su peso pregestacional?	PES_PREGES	5	Número	>= 30 AND <= 130	NO	
Talla de la madre en metros	TALL_MAD	4	Número	>= 1.30 AND <= 1.90	NO	
Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo?	PESO_GANAD	2	Número	>= 0 AND <= 30	NO	



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nivel educativo de la madre	NIV_EDU_MA	1	Texto	1= primaria 2= secundaria o bachillerato 3= técnico o superior 4= ninguno	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = Estr.1 2 = Estr.2 3 = Estr.3 4 = Estr.4 5 = Estr.5 6 = Estr.6	NO	
Se realizó investigación de campo?	INV_CAMPO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de I.E.C	FEC_IEC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Mayor o igual que "fecha de nacimiento del RN"
Entidad que realiza la investigación	ENT_RE_IEC	50	Texto	1 = Unidad Primaria Generadora de datos 2 = Asegurador 3 = Entidad territorial	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Nombre de quien realiza la IEC	pro_re_iec	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Perfil de quien realiza la IEC	prof_r_iec	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí
Nombre de quien suministra la información	NOM_SUM_IN	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parentesco con el recién nacido	PARENT_RN	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Menor asegurado	MENOR_ASEG	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Agua potable	AGUA_POT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias	EVA_CON_HI	1	Texto	1 = Buenas 2 = Regulares 3 = Malas	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Institución de salud a donde asistió a los controles prenatales	INS_SALUD	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Peso actual (a la IEC) en gramos	PESO_ACT	4	Numérico	>=900 AND <=6000	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Longitud actual (a la IEC) en centímetros, 2 enteros 1 decimal	LONG_ACT	2	Numérico	>= 30 AND <=80	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
estado actual del peso	EST_ACT_PE	1	Texto	1 = Subió 2 = Permanece igual 3 = Bajó	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Recibe lactancia materna exclusiva	LACT_MAT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
¿Ha recibido algún alimento diferente a la leche materna?	ALI_DIF_24	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Recibe leche de fórmula	LECHE_FOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
¿ Ha tenido dificultades con la lactancia materna?	DIF_LAC_MA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
¿ Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?	CAPACITAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe o Sin información	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Educación alimentaria y nutricional	EDUC_ALIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Remisión a servicios de salud	REM_SERV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí



Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Canalización a programa de apoyo alimentario u otros servicios	CANAL_APOY	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" en opción 1=Sí Dependiente de "Visita efectiva?" en opción 1=Sí
Visita efectiva?	VISITA_EFE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se realizó investigación de campo?" 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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Bajo peso al nacer (Cod. 110)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado de ingreso	EST_INGR	1	N 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
Hubo controles prenatales?	HUBO_CONTR	1	T Texto	1 = Sí 2 = No	NO	



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	
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	SI	

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Nombre	NOMMUN1	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Código	CODDEP1	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 1 - Nombre	NOMDEP1	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 1 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País1 - Código	CODPAIS1	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	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)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Fecha de llegada 1	FEC_LLEG1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código	CODMUN2	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Nombre	NOMMUN2	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Código	CODDEP2	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 2 - Nombre	NOMDEP2	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País2 - Código	CODPAIS2	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 2 - Código
Fecha de desplazamiento 2	FEC_DESP2	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código	CODMUN3	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Nombre	NOMMUN3	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Código	CODDEP3	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 3 - Nombre	NOMDEP3	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País 3 - Código	CODPAIS3	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 3 - Código

Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de desplazamiento 3	FEC_DESP3	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	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)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código	CODMUN4	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Nombre	NOMMUN4	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Código	CODDEP4	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - Departamento 4 - Nombre	NOMDEP4	60	Texto		NO	Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad 4 - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País 4 - Código	CODPAIS4	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	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)	NO	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)	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días



Cólera (Cod. 200)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas	CONT_SS	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Con quién ha estado en contacto	ID_CONTACT	60	Texto		NO	Dependiente de Ha estado en contacto con personas que presentan los mismos signos y síntomas
Caso asociado a un brote	ASOC_BROTE	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
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	NO	Se recolectó muestra de materia fecal para coprocultivo



Cólera (Cod. 200)

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	

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	5	Número	Número	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 > 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 > 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 > 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 > 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 > 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 > 0 casos presentados
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 > 0 casos presentados

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 > 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 > 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 > 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 > 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 > 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 > 0 casos presentados
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 > 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 > 0 casos presentados

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 > 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 > 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 > 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 casos de las clasificaciones que aplican para el evento
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 evento

Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 nexa 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.
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.



Datos colectivos

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Departamento de procedencia	COD_DPTO_P	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento de procedencia de los casos.	SI	
Municipio de procedencia	COD_MUN_PR	3	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Municipio de procedencia de los casos.	SI	
Barrio o sector de ocurrencia del caso	BAR_SECTOR	30	Texto	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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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	



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	
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	SI	



Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	SI	
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	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	SI	
Patología crónica	PATOL_CRON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Embarazo múltiple	EMB_MULTIP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Nativo	NATIVIVO	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No ha nacido	SI	Dependiente de "Condición final" en datos básicos
Edad gestacional al momento del nacimiento	EDAD_GES	2	Texto	>= 10 AND <=45	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Peso al nacer en gramos	PESO_NAC	4	Texto	>=50 AND <=6000	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos metabólicos	DEFMET_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (1)	DESCRIPC_1	150	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos sensoriales - 1	DEFSE1_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (2)	DESCRIPC_2	150	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Defectos sensoriales - 2	DEFSE2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	Dependiente de "Nativo" en opción diferente de 3
Descripción de la anomalía (3)	DESCRIPC_3	150	Texto	Texto	NO	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 congénita (1)	DESC_MAL_1	150	Texto	Texto	NO	
Malformaciones congénitas - 2	MALFO2_COD	5	Texto	Código del defecto según CIE 10	NO	

Defectos congénitos (Cod. 215)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	NO	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	NO	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	
Perímetro cefálico (2 enteros y 1 decimal)	PER_CEFALI	4	N Numérico	>=10.0 AND <= 60.0	NO	
Cuál patología crónica?	CUAL_PAT OL	60	Texto	Texto	NO	
Exámen de tamizaje T SH	T SH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado T SH	RES_T SH	1	Texto	1 = Alto 2 = Normal	NO	Dependiente de "Exámen de tamizaje T SH", en opción 1



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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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.	NO	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	
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	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 de debajo del reborde costal)	HEPATOMEG	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
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	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Daño grave de órganos	DAÑO_ORGAN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Se tomaron muestras de tejidos	MUESTTEJID	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	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Bazo	MUESBAZO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Pulmón	MUESPULMON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Cerebro	MUESCEREBR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Miocardio	MUESMIOCAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Medula ósea	MUESMEDULA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de tejidos" en la opción 1
Tejidos Riñón	MUESRIÑON	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	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

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
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	

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	
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	SI	

Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 antidiftérica	DOS_APLI	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer Refuerzo 5 = Segundo Refuerzo	SI	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"
Tipo de vacuna	TIP_VAC	1	Texto	1 = DPT 2 = Pentavalente 3 = Otra 4 = TD	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica" en opción diferente de 0
Otra cual?	CUAL_TIP_V	30	Texto	Texto	NO	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)	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antidiftérica" 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	



Difteria (Cod. 230)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 = Cardíaca 4 = Traqueotomía 5 = Otro	NO	Opcional dependiente de "Complicaciones" en la opción 1
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	
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 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	
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	SI	

Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Clasificación de caso	CLAS_CASO	1	Texto	1= Agudo 2= Crónico	SI	
Síntomas presentados por pte Agudo. Fiebre	FIEBRE_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Disnea	DISNEA_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Edema facial	EDE_FAC_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Edema miembros inferiores	ED_MI_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	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	NO	Si clasificación del caso es 1= agudo, es obligatorio, en caso contrario, no
Síntomas presentados por pte Agudo. Hepatoesplenomegalia	HEP_AG	1	Texto	1= Si 2= No	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	



Enfermedad de chagas (Cod. 205)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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. Disfagia	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	
Gota gruesa/ Frotis de sangre periférica	GOTA_GRUE	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	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	NO	No es requerida cuando clasificación de caso" es 2 (agudo)
Strout	STROUT	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	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	
Posible vía de transmisión	PROB_VIA	1	Texto	1 = Vectorial 2 = Transfusional 3 = Congénita 4 = Vía Oral 5 = Trasplante 6 = Accidente de laboratorio	SI	



Enfermedad de chagas (Cod. 205)

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	
InmunoBlot	INMONOBLOT	1	Texto	1= Positivo 2= Negativo 3= No se realizó	NO	Es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 = Crónico
Reactivación	REACTIVACI	1	Texto	1= Sí 2= No	NO	Es requerida cuando "clasificación de caso" es 1 = Agudo
Pruebas serológicas ELISA/EIA 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	NO	No es requerida cuando "clasificación de caso" es 2 (agudo)



Enfermedad diarreica 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	
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	SI	



Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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)	NO	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)	NO	Opcional dependiente de 4.1 en opción 1
Tiene carné	TIENE_CARN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	NO	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 vomito, numero de episodios en las primeras 24 horas de iniciado el cuadro	NO_EPISODI	3	Texto	Numérico	NO	Opción dependiente de 6.2, en opción 1



Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	Númerico	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 = Semilíquidas 3 = Sanguinolentas 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
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	NO	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 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
En caso de haber recibido antibiótico antes del ingreso ¿cuál?	CUAL_ANTIB	30	Texto	Texto	NO	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	

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Presento 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	NO	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	NO	Dependiente de 8.3 en opción 1
Duración de hospitalización para el tratamiento de la diarrea	DIAS_HOSP	2	Texto	Numero en días	SI	
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 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Diagnostico de egreso	DIAG_EGR	4	Texto	Códigos CIE X	SI	

Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
Identificación de rotavirus	IDENT_ROTA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Serotipo G	SEROTIPO_G	6	Texto	Texto	NO	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	NO	Dependiente de 8.4
Cuales	CUAL_BACT	30	Texto	Texto	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de 9.4 en opción 1



Enfermedad diarreica aguda por Rotavirus (Cod. 605)

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	



Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

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	
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)	SI	

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Presento carné de vacunación	PRE_CAR_V1	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Vacuna de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	VAC_SP	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Dosis de Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	DOS_SP	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Si
Fecha ultima dosis Streptococcus pneumoniae (Neumococo)	FUD_SP	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 Dependiente de "Presento carné de vacunación de Haemophilus influenzae" en opción 1=Si
Vacuna estacional de influenza	VAC_EI	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Dosis vacuna estacional de influenza	DOS_EI	1	Texto	Numérico	NO	Dependiente de "Vacuna estacional de influenza" en opción 1=Si
Caso asociado a un brote o conglomerado	ASOC_BROTE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas	VIAJÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 348
Si es procedencia nacional ¿ Donde? (especifique departamento y municipio)	MUNICIPIO	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de "Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas" en opción 1=Si

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si es procedencia internacional ¿ Donde?	INTERNAL	42	Texto	Escribir de donde	NO	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	NO	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	Aplica solo para el evento Cod. 348
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 Cardíaca	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	

Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Antecedentes clínicos, insuficiencia	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 clinicos	CUAL_OT_DC	30	Texto	Texto	NO	Depende de otros antecedentes en la opción 1=si
Datos clínicos Tos	TOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Datos clínicos Dolor de garganta	DOL_GAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Datos clínicos Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Datos clínicos Conjuntivitis	CONJUNTIV	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Datos clínicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Datos clínicos Dificultad Respiratoria	DIF_RES	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Datos clínicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Se tomo una radiografía de tórax	RX_TORAX	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345
Fecha de toma	FEC_TOM_RA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 Dependiente de se tomó radiografía de tórax en 1=si



Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	NO	
Usó antibióticos la última semana	USO_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fecha de inicio de antibióticos	FEC_ATIB	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 Dependiente de usó antibióticos la última semana en 1=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)	NO	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	NO	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	
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	



Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
cual otra complicación	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 Depende de "Complicaciones, otro" en opción 1=Sí
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 CIE X	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 (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 CIE X	NO	Aplica solo para el evento Cod. 345 (J00 a J22) Si marco en la ficha básica paciente hospitalizado no puede estar reportando un caso de ESI
Es trabajador del área de la salud?	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



Enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela) ESI - Influenza humana por virus nuevo- etc (cod. 345-348)

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 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	
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

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	
Numero 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	

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	MIOSIS	6	Numérico	Número de casos	SI	
Distribución de signos y síntomas Otros	OTROS	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
Cuál otro síntoma	CUAL_OTR_S	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Distribución de signos y síntomas Otros" en opción1=si
Periodo de incubación más corto	PER_IN_COR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Dias), Formato separado por dos puntos(:)	SI	
Periodo de incubación más largo	PER_IN_LAR	6	Texto	MM:HH:DD (Minutos:Horas:Dias), 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 = Líquido cefalorraquídeo	SI	
Agentes identificados muestra Biológica 1 (1)	AGE_BIO1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (2)	AGE_BIO2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (3)	AGE_BIO3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra Biológica 1 (4)	AGE_BIO4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de muestra biológica 1 en opción diferente de 2
Muestra alimentos / agua	MUE_ALI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Agentes identificados muestra alimentos (1)	AGE_ALI1	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
Agentes identificados muestra alimentos (2)	AGE_ALI2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (3)	AGE_ALI3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra alimentos (4)	AGE_ALI4	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 muestra superficies (1)	AGE_SUP1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (2)	AGE_SUP2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (3)	AGE_SUP3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Agentes identificados muestra superficies (4)	AGE_SUP4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	
Estudio de manipuladores 1	EST_MAN	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = sangre 6 = Frotis garganta 7 = Frotis manos	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
Agentes identificados muestra manipuladores (1)	AGE_MAN1	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (2)	AGE_MAN2	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (3)	AGE_MAN3	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	Depende de "estudio de manipuladores 1" en opción diferente de 2
Agentes identificados muestra manipuladores (4)	AGE_MAN4	2	Texto	Según tabla de agentes	NO	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	
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	

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 Fallas de cocción	COCION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Factores de riesgo Mala higiene personal	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	
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	



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 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	CONGELACION	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias decomiso	DECOMISO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Medidas sanitarias aislamiento	AISLAMIENTO	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	Número	>=1	NO	Depende de "muestra biológica 1" en opción diferente de 2
Muestra biológica 2	MUE_BIO2	1	Texto	2 = No 3 = Heces 4 = Orina 5 = Sangre 6 = Vómito 7 = Lavado gástrico 8 = Líquido cefalorraquídeo	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
Número de muestras correspondientes a muestra biológica 2	NUM_MU_BI2	2	Número	>=1	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Agentes identificados muestra alimentos 2 (4)	AGE_ALM2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 2 alimentos" si es no vacía
Nombre muestra 3 alimentos	NOM_MU_AL3	20	Texto		NO	
Agentes identificados muestra alimentos 3 (1)	AGE_ALM3_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	Depende de "nombre muestra 3 alimentos" 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 alimentos 3 (2)	AGE_ALM3_2	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	
Agentes identificados muestra superficies inertes 2 (1)	AGE_SUP2_1	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	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	NO	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	NO	Depende de "nombre muestra 2 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 2 (4)	AGE_SUP2_4	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Depende de "nombre muestra 4 superficies inertes" si es no vacía
Agentes identificados muestra superficies inertes 4 (3)	AGE_SUP4_3	2	Texto	Según tabla de Agentes	NO	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	NO	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	NO	Depende de "estudio manipuladores 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
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	N Numérico	>=1	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Depende de "estudio de manipuladores 2" en opción diferente de 2
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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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 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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
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	MIOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Signos y Síntomas Otros	OTROS	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
Cuál otro signo y síntoma	CUAL	30	Texto	Texto	NO	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)	ALI_IN_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de los síntomas hora Y minutos (1)	ALI_IN_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	
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	



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 (3)	ALI_IN_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (1)	AI_ANT_NA1	30	Texto	Nombre del alimento ingerido	SI	
Alimentos ingeridos el día de anterior hora y minutos (1)	AI_ANT_HM1	5	Hora	Formato HH:MM; usa el separador ":" para horas y minutos.	SI	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (1)	AI_ANT_LC1	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	SI	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (2)	AI_ANT_NA2	30	Texto	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.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (2)	AI_ANT_LC2	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior nombre del alimento (3)	AI_ANT_NA3	30	Texto	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.	NO	
Alimentos ingeridos el día anterior lugar del consumo (3)	AI_ANT_LC3	30	Texto	Lugar donde consumió el alimento	NO	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Alimentos ingeridos dos días antes nombre del alimento (1)	AI_AN2_NA1	30	Texto	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.	SI	
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 implicado	NOM_LUG	30	Texto	Texto	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	Sí 8.1 registra valor 2(no); los campos 8.2.1 a 8.2.4 deberán registrar valor 2 (No), al igual que 8.3 a 8.6 se inactiva la variable.
Tipo de muestra. Heces	MTRA_HECES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Vómito	MTRA_VOMIT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Sangre	MTRA_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Tipo de muestra. Otra	MTRA_OTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Otra Cual	CUAL_TIP_M	30	Texto	Texto	NO	Depende de 8.2.4, en opción 1
Agente identificado (1)	AGENTE1	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (2)	AGENTE2	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (3)	AGENTE3	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Agente identificado (4)	AGENTE4	2	Texto	Ver lista de agentes 8.3	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1
Cuál otro agente identificado	CUAL_OT_AG	30	Texto		NO	Dependiente de 11.2, 11.3 y 11.4 si en alguna de ellas 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, 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	



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	
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	SI	



Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vacuna 1	VACUNA	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 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 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	
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	Si la variable via es igual a 1=oral, debe asignarse el valor 9=oral a esta variable



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 = AntiTyphi 16 = Otra	NO	
Dosis 2	DOSIS2	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	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	NO	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	NO	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)	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. Depende de haber administrado la vacuna 2
Fabricante 2	FABRICANT2	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 2" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 2	LOTE2	30	Texto	Texto	NO	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 = 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 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16= Otra	NO	
Dosis 3	DOSIS3	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "Vacuna 3" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 3	LOTE3	30	Texto	Texto	NO	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 = Antirotavirica 17 = HepatitisA 18 = VPH 19 = Antimeningococo 20 = Antirrábica 21 = Antipolio inyectable 22 = Hexavalente 23 = AntiTyphi 16 = Otra	NO	
Dosis 4	DOSIS4	1	Texto	1 = Primera 2 = Segunda 3 = Tercera 4 = Adicional RN 5 = Única 6 = Refuerzo	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Fecha de vacunación 4	FEC_VAC4	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 4	FABRICANT4	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Lote 4	LOTE4	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacuna 4" cuando se ha administrado algún tipo de vacuna la variable es obligatoria
Hallazgos Adenitis post BCG	BECEGEITIS	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
Hallazgos - Linfadenitis	LINFADENIT	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 - Fiebre mayor 38.5 °C	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	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	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Parestesia	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Parálisis	PARÁLISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Encefalopatía	ENCEFALOPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Meningitis	MENINGITIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Urticaria	URTICARIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
Hallazgos - Eccema	ECZEMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1
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



Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
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 ò 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	
Cuales	CUA_ANT_PA	30	Texto	Texto	NO	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	NO	Depende de variable 7.6 en la opción 1
¿ Tiene antecedentes previos de reaccion a vacunas?	AASV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuales	CUA_ANT_EA	30	Texto	Texto	NO	Depende de variable "¿ Tiene antecedentes previos de reaccion a vacunas?" en la opción 1



Evento adverso seguido a vacunación (298)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Estado del paciente	EST_FIN	1	Texto	2 = Recuperación sin secuelas 3 = Recuperación con secuelas	SI	
Clasificación final del caso	CLA_FINAL	1	Texto	1 = Caso relacionado con la vacuna 2 = Caso relacionado con el programa 3 = Caso coincidente 4 = Caso no concluyente o desconocido 5 = Pendiente	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)
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	
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 - Rumor	RUMOR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Por lo menos una de las variables de hallazgos semiológicos debe ser igual a 1



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	
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	SI	



Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0

Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor 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 entre 6.1.1 y 6.1.12 (índice de Dean por diente) debe ser mayor de 0
Clasificación clínica de las lesiones	CLAS_LES	1	Texto	0 = Normal 1= Dudoso 2= Muy leve 3= Leve 4= Moderada 5= Severa	SI	
Presencia de caries en el paciente al momento del examen clínico	CARIES	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Clasificación de la caries dental. Tipo de caries	T_CARIES	1	Texto	3 = Activa 4 = Inactiva	NO	Dependiente de 6.3 en la opción 1=si



Exposición a Fluor (Cod. 228)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de consumo de agua	CONS_AGUA	1	Texto	1= Acueducto 2= Pozo subterráneo / Aljibe 3= Quebrada 4= Agua embotellada 5= Otro	NO	Aplica solo si la variable de datos básicos grupo poblacional es igual a 16= gestantes, ó la variable 5.2 de datos complementarios (edad) es igual a 1= 6
Ingesta de crema dental	ING_CREM	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ingesta de enjuague bucal	ING_ENJUA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Topificación de flúor	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	
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	
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	SI	



Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	NO	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)	NO	Dependiente de "Tiene carné de vacunación para fiebre amarilla" en opción 1=sí y de "Vacuna de fiebre amarilla" en opción 1=si
Hallazgos semiológicos Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Esta opción debe estar diligenciada en 1=si, 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	

Fiebre amarilla (Cod. 310)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
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	HEPATOMEGA	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	



Fiebre amarilla (Cod. 310)

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	

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 (Obligatorio)	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Población de riesgo Más de un compañero sexual	COM_SEX_IN	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Pacientes Multitransfundidos	MULTITRANS	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 Usuario Hemodiálisis	HEMODIALIZ	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Trabajador de la salud	TRA_SAL	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Usuario drogas inyectables	DRO_PAR	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Conviviente portador AgHBs (+)	CON_POR	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Población de riesgo Contacto sexual portador AgHBs (+)	CON_SEX	2	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Modo de transmisión más probable	MET_TRA	1	Texto	1 = Materno infantil 2 = Horizontal 3 = Parenteral / percutanea 4 = Sexual	SI	
Donante de sangre	DON_SAN	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Semana de gestación al diagnostico	SEM_GES_IN	2	Texto	>=0 AND <=45	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1
Vacunación previa hepatitis B	VAC_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Numero de dosis	NUM_DOS	2	Texto	Número de dosis aplicadas	NO	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	Dependiente de Numero de dosis si se ingresa valor igual o superior a 3



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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_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
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	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	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 gamaglobulina	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	
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 organos	TRANS_ORGA	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
Procedimientos: centro estetico/pirching/tatuaje	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recibió tratamiento de acupuntura	ACUPUNTURA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Enfermedades asociadas - Coinfeccion 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	NO	Dependiente de "Datos básicos - Grupo Poblacional - Gestantes" en opción 1



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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Localización de las lesiones CARA	CARA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones TRONCO	TRONCO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS SUPERIORES	MIE_SUP	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Localización de las lesiones MIEMBROS INFERIORES	MIE_INF	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria Solo aplica para leishmaniasis cutánea
Mucosa Afectada	MUC_AFE	1	Texto	1 = Nasal 2 = Cavidad Oral 3 = Labios 4 = Faringe 5 = Laringe 6 = Párpados 7 = Genitales	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Rinorrea	RINORREA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Epistaxis	EPISTAXIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Obstrucción Nasal	ONASAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Disfonía	DISFONÍA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Hiperemia Mucosa	HIPEREMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Ulceración Mucosa	ULCERACIÓN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas Mucosa Perforación Tabique	PERFORACIÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Mucosa Destrucción Tabique	DESTRUCCIÓ	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis
Signos y síntomas Visceral Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Hepatomegalia	HEPATOMEGA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Esplenomegalia	ESPLENOMEG	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Anemia	ANEMIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Leucocitos	LEUCOPENIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Menor a 5.000 mm ³ Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Signos y síntomas Visceral Plaquetas	TROMBOCITO	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Menor a 150.000 mm ³ Obligatoria solo para leishmaniasis visceral
Tiene diagnóstico VIH confirmado	COINFE_VIH	1	Texto	1 = Si 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	Numérico	SI	MAX 200KG
Medicamento formulado actualmente	MED_FOR	1	Texto	1 = N-Metil Glucamina (glucantime) 2 = Estibogluconato de sodio 3 = Isotianato de pentamidina 4 = Anfotericina B 5 = Otros 6 = Miltefosina 7 = Pentamidina 8 = Sin tratamiento	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Si marcó otros registre cual	CUAL	30	Texto	Texto	NO	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	
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	
Recibió tratamiento local	TTO_LOCAL	1	Texto	1 = Crioterapia 2 = Termoterapia	NO	



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	
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	SI	



Lepra (Cod. 450)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Baciloscopia	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Resultado índice bacilar	RES_BACILO	3	Numérico	>=0.0 AND <=6.0	NO	Dependiente de "Baciloscopia" en la opción 1. Variable no obligatoria
Biopsia	BIOPSIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Resultado de la histopatología	RES_BIO	1	Texto	1 = Indeterminada 2 = Tuberculoide 3 = Diforma (bordeline) 4 = Lepromatosa 5 = Neural 6 = Otro diagnóstico	NO	Dependiente de "Biopsia" en la opción 1.
Máximo grado de discapacidad	MAX_GRA_DI	1	Texto	0 = Grado cero 1 = Grado uno 2 = Grado dos	SI	
Presenta reacción leprótica	PRE_REA_LE	1	Texto	1 = Tipo uno 2 = Tipo dos 3 = Ninguna	SI	



Lepra (Cod. 450)

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	



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	
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	SI	

Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
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	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	

Leptospirosis (Cod. 455)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Actividades recreativas en río a en los últimos 30 días antes del comienzo de los síntoma?	RÍO	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	



Leptospirosis (Cod. 455)

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	



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	
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	SI	



Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
¿La paciente ingresa remitida de otra institución?	PTE_REMTDA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Código Insitución de referencia 1	CODINST_R1	12	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Institución de referencia 1	INST_REFE1	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Código Insitución de referencia 2	CODINST_R2	12	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Institución de referencia 2	INST_REFE2	50	Texto	Texto	NO	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	NO	Dependiente de "¿La paciente ingresa remitida de otra institución?" en opción 1 = Sí
Gestaciones	NUM_GESTAC	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	

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	SI	Dependiente de "Número de controles prenatales" si es > 0
Terminación de la gestación	TERM_GESTA	1	Texto	1 = Aborto 2 = Parto vaginal 3 = Parto instrumentado 4 = Cesárea 5 = Continua 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	
Eclampsia	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	
Cardiaca	FALLA_CARD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Vascular	FALLA_VASC	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	
Metabólica	FALLA_META	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	

Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Coagulación	FALLA_COAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ingreso a UCI	INGRES_UCI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cirugía adicional	CIR_ADICIO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Transfusión	TRANSFUSIO	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
Días estancia hospitalaria	DIAS_HOSPI	2	Numérico	>=0	SI	
Días estancia en Cuidado Intensivo	DIAS_C_INT	2	Numérico	>=1	NO	Dependiente de "Ingreso a UCI" en opción 1= SI
Unidades transfundidas	UNDS_TRANS	2	Numérico	>=3	NO	Dependiente de "Transfusión" en opción 1= SI
Cirugía adicional 1	CIR_ADIC_1	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 =	NO	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC1_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NO	Dependiente de "Cirugía adicional 1" en opción 4=Otro
Cirugía adicional 2	CIR_ADIC_2	1	Texto	1 = Histerectomía 2 = Laparotomía 3 = Legrado 4 =	NO	Dependiente de "Cirugía adicional" en opción 1= SI
Otro cual?	ADIC2_OTRO	20	Texto	Procedimiento según CUPS	NO	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



Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
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	



Morbilidad materna extrema (Cod. 549)

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	
Egreso	EGRESO	1	Texto	1 = Sale para la casa 2 = Sale remitida	NO	

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	
Total IRA Hospitalización, Menores de 1 año	GRUPOH_1	5	Númérico	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 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	
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	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Total IRA UCI, Menores de 1 año	IRAUCI_1	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 1 año	IRAUCI_2	5	Numérico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 2 a 4 años	IRAUCI_3	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 UCI, De 5 a 19 años	IRAUCI_4	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 20 a 39 años	IRAUCI_5	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 40 a 59 años	IRAUCI_6	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total IRA UCI, De 60y más años	IRAUCI_7	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, Menores de 1 año	TOTUCI_1	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 1 año	TOTUCI_2	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	NOSI	
Total Hospitalización UCI, De 2 a 4 años	TOTUCI_3	5	Númerico	Número pacientes dentro de este grupo de edad registrados en la ficha.	SI	
Total Hospitalización UCI, De 5 a 19 años	TOTUCI_4	5	Númerico	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, 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	
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	



Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
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	

Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

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



Morbilidad por IRA (colectiva) (Cod. 995)

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	
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	30	Texto	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	
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	SI	El tipo de identificación es el de la Madre.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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
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	NO	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	



Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha del parto	FEC_PARTO	14	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	
Parto atendido por	PAR_ATE	2	Texto	1 = Médico General 2 = Médico Obstetra 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de Enfermería 5 = Promotor 6 = Partera 7 = Otro 8 = Ella misma	NO	Dependiente de "Tipo de parto" en opciones 1 a 4.
Sitio del parto	SITIO_PART	1	Texto	1 = institucional 2 = domicilio 3 = otro	NO	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	NO	Opción dependiente de 9.5 si es igual a 7 es obligatorio



Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	Numérico 1-7	NO	Se inhabilita cuando momento en que ocurrió la muerte es diferente de 1 y de 2
Peso al nacer (gramos)	PESO	3	Texto	>= 300 AND <= 6000	SI	
Talla al nacer (cm)	TALLA	1	Texto	>=18 AND <=53	SI	
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



Mortalidad perinatal y neonatal tardía (Cod. 560)

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	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

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	
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	SI	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Primer Nombre madre	P_NOMBRE_M	30	Texto	Primer Nombre de la madre	SI	
Segundo Nombre madre	S_NOMBRE_M	30	Texto	Segundo nombre de la madre	NO	
Primer apellido madre	P_APELL_M	30	Texto	Primer apellido de la madre	SI	
Segundo Apellido madre	S_APELL_M	30	Texto	Segundo apellido de la madre	NO	
Tipo de identificación madre	TIDE_MAD	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	SI	
Número identificación de la madre	NUMID_MAD	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Nivel Educativo de la madre	N_EDUCAT	1	Texto	1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior 4= Técnico 5= Ninguna	NO	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6	NO	
Número de menores de cinco años en el hogar	MENORES	2	Numérico	>=0 AND <= 20	SI	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Sitio de defunción	SITIO_DEF	1	Texto	1 = IPS (hospital/clínica) 2 = IPS (centro de salud/puesto de salud) 3 = Vía Pública 4 = Durante el traslado 5 = Domicilio 6 = Otro	SI	
Peso al nacer	PESO_NAC	4	Texto	>=900 AND <=5000	NO	
Talla al nacer	TALLA_NAC	4	Texto	>= 30.0 AND <= 55.0	NO	2 enteros y 1 decimal
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2	Texto	>= 0 AND <= 45	NO	
Tiempo durante el cual el menor recibió leche materna (MESES)	T_LECHEM	4	Numérico	Numérico	SI	
Edad de inicio de la alimentación complementaria (MESES)	E_COMPLEM	4	Numérico	Numérico	SI	
Inscrito en crecimiento y desarrollo	CREC_DLLO	2	Texto	1= Si 2= No	SI	
Peso actual kgm	PESO_ACT	4	Numérico	>=1 AND <= 30	NO	2 enteros y 1 decimal
Talla actual o longitud actual cm	TALLA_ACT	5	Numérico	>=45.0 AND <= 120.0	NO	3 enteros y 1 decimal
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	
Clasificación actual Peso/Edad	CLAS_PESO	1	Texto	5 = menor a -2: Desnutrición Global 6 = de -2 a -1 pero menor que -1: Riesgo de desnutrición global 7 = de -1 a 1: Peso adecuado para la edad	SI	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Clasificación actual Talla-Longitud/Edad	CLAS_TALLA	1	Texto	1 = menor a -2: Talla baja para la edad o Retraso en talla 4 = De -2 a -1 pero menor a -1: Riesgo de baja talla 3 = igual a -1: Talla adecuada para la edad	SI	
Clasificación actual Peso/Talla- Longitud	C_PES_TAL	1	Texto	1 = (<-3 Desnutrición aguda severa) 7 = (<-2 a = -3 Desnutrición aguda moderada) 8 = (= -2 a <-1 Riesgo de desnutrición aguda) 4 = (= -1 a = 1 Peso adecuado para la talla) 9 = (> 1 a = 2 Riesgo de sobrepeso) 5 = (> 2 a = 3 Sobrepeso) 6 = (> 3 Obesidad)	SI	
Signos clínicos de la desnutrición	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 Lesiones del cabello	LES_CABEL	1	Texto	1= Si 2= No	SI	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

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	
Causa directa A	C_DIRECT_A	254	Texto	Texto	SI	
Causa antecedente b	C_ANTECB	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente c	C_ANTECC	100	Texto	Texto	NO	
Causa antecedente d	C_ANTECD	100	Texto	Texto	NO	
Otros estados patológicos	O_PATOL	100	Texto	Texto	NO	
Causa de muerte determinada por	C_DETERM	1	Texto	1= Historia clínica 2= Autopsia verbal 3= Necropsia	SI	
La desnutrición fue la causa básica de muerte	DES_CBMTE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
causa básica de muerte	CBMTE	4	Texto	código CIE 10	NO	
La desnutrición fue una causa asociada o estado patológico de muerte	DES_CPAT	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Obligatoria si "La desnutrición fue la causa básica de muerte" es 2=No
causa asociada de muerte	C_ASMTE	4	Texto	código CIE 10	NO	
Demora 1	DEMORA_1	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 2	DEMORA_2	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 3	DEMORA_3	1	Texto	1= Si 2= No	NO	
Demora 4	DEMORA_4	1	Texto	1= Si 2= No	NO	



Mortalidad por Desnutrición (Cod. 112)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 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	



Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

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	
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	SI	

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Fecha de investigación	FEC_INV	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Entidad que realizó la investigación	ENTID_INVE	1	Texto	1 = UPGD 2 = Municipio 3 = Departamento	SI	
Causa de muerte determinada por	CAUS_MUER	1	Texto	1 = Historia clínica 2 = Autopsia verbal 3 = Necropsia	SI	
Sitio de muerte	SIT_MUER	1	Texto	1 = Hospital o clínica 2 = Domicilio 3 = Vía pública 4 = Otro 5 = Desconocido	SI	
Si registró otro, cual	CUAL_SIT_M	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 5.4, en opción 4
Nombre del entrevistado	NOM_ENTREV	30	Texto	Texto	SI	
Tipo documento del entrevistado	TIP_IDE_EN	2	Texto	CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte AS = Adulto sin identidad.	SI	
Número Identificación del entrevistado	NUM_IDE_EN	16	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Parentesco o relación con el menor fallecido	PARENT_ENT	1	Texto	1 = Madre 2 = Padre 3 = Cuidador 4 = Conviviente 5 = Otro	SI	
Si registró otra relación, cual	CUAL_PAR_E	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 6.4, en opción 5



Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Datos del cuidador Parentesco o relación con el menor fallecido	PARENT_CUI	1	Texto	1 = Madre 2 = Padre 5 = Otro	SI	
Si registró otra relación, cual	CUAL_PAR_C	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 7.1 en opción 5
Edad	EDAD	2	N Numérico	Años	SI	Mayor A 12 Años
Pertenencia étnica	ETNIA	1	Texto	1 = Indígena 2 = Rom 3 = Raizal 4 = Palenquero 5 = Afro colombiano 6 = Otros	SI	
Escolaridad del cuidador	ESC_CUID	1	Texto	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnico 4 = Universitario 5 = Ninguno	SI	
Estrato socioeconómico	ESTRATO	1	Texto	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6	SI	
Estado civil del cuidador	ESTAD_CUID	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Viudo 5 = Separado	SI	
Ocupación del cuidador	OCUPAC_CUI	4	Texto	Código de la ocupación de la madre, según la codificación vigente. (Clasificación internacional uniforme de ocupaciones - CIUO 88).	SI	
Peso al Nacer (gramos)	PESO_NAC	4	N Numérico	>=100	SI	
Esquema vacunación completo para la edad	ESQ_VACU	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Tiene carné	CARNE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tiempo de lactancia materna exclusiva Años	T_LACT_AN	2	Número	Número	SI	
Tiempo de lactancia materna exclusiva Meses	T_LACT_MES	2	Número	Número	SI	
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Bajo peso al nacer	BAJO_PESO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hacinamiento	HACINAMIE	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Habitos de higiene inadecuados	HAB_INADEC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Piso de tierra o arena	PISO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Presencia de insectos y roedores	INSECTOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Inadecuada manipulación de alimentos	INA_MAN_AL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Fuente de abastecimiento de agua para consumo humano	FUEN_AGUA	1	Texto	1 = Acueducto 2 = Pozo 3 = Aljibe 4 = Recolección aguas lluvias 5 = Manantiales 6 = Ríos 7 = Lagos/Lagunas 8 = Otros	SI	
Otro cual	CUAL_FUE_A	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.12, en opción 8
Disposición de excretas	DISP_EXCRE	1	Texto	1 = Alcantarillado 2 = Cielo abierto 3 = Quema 4 = Relleno sanitario 5 = Otros	SI	
Otro cual	CUAL_OTR_E	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 7.13, en opción 5
La madre o cuidador reconoció signos de alarma	RECON_SIG	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
La madre o cuidador buscó ayuda médica	BUSC_AYUDA	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Hubo fácil transporte al hospital	FACIL_TRAN	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Reconoce la diarrea como una enfermedad grave	RECON_DIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Recibió SRO antes de consulta medica	RECIBI_SRO	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Usó terapéutica no médica	TERAP_NO_M	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hubo dificultad administrativa para acceder al servicio	DIFIC_ADM	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Cual dificultad administrativa	CUAL_DIFIC	1	Texto	1 = Documentos exigidos 2 = Económicas 3 = Otras	NO	Depende de Hubo dificultad administrativa para acceder al servicio en opción 1=si
Fue oportuna la atención	ATN_OPORTU	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Como califica la calidad de la atención	CALIDAD_AT	1	Texto	1 = Excelente 2 = Buena 3 = Regular 4 = Mala	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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Mortalidad por EDA de 0 a 4 años (Cod. 590)

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	

Parálisis flácida 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	
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	SI	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 (VIP)	DOS_VIP_RE	1	Numérico	>=0 AND <=9	SI	
Fecha ultima dosis	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Opcional dependiente de "Número de dosis recibidas de (VIP)" 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	



Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Instalación	INSTALACIO	2	Número	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, y a la fecha de consulta pero no a la fecha de notificación
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 flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Parálisis 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
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 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

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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_MSI	1	Texto	1 = Proximal 2 = Distal	NO	
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 Meníngeos	CSIG_MEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	

Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Toma Velocidad de Conducción	VEL_CON	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	
Impresión Diagnóstica	IMP_DIA	4	Texto	• Botulismo (A05.1)• Poliomyelitis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aséptica/linfocítica (G03.0)• Miellitis transversa (G37.3)• Síndrome Guillain Barré (G61.0)• Polineuropatía, Poli	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)	NO	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)	NO	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



Parálisis flácida aguda (Cod. 610)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de Recepción Muestra	REC_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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
Fecha de Resultado Muestra	RES_MUE	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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 1 4 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 2 5 = POLIO VIRUS SALVAJE TIPO 3 6 = POLIO VIRUS VACUNAL TIPO 1 7 = 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	NO	Opcional dependiente de "Toma de muestra" en opción 1 = Sí.

Parálisis flácida 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 flácida 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 diagnostico clínico	NO	(Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste)
Diagnóstico final	DX_FIN	4	Texto	• Botulismo (A05.1)• Poliomieltitis (A80)• Encefalitis (A86.x)• Enfermedad enteroviral del Sistema Nervioso Central (A88.8)• Meningitis aséptica/linfocítica (G03.0)• Miellitis 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 digitacion	NO	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Parálisis flácida 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	

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 ó 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	17	Texto		NO	Variable 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	
Clasificación Inicial del Caso	CLA_INI_CA	1	Texto	1 = Probable 2 = Confirmado por Laboratorio	NO	Se activa obligatorio para rabia animal

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
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	NO	
Código del Municipio de Residencia del Propietario	COD_MUN_PR	3	Texto	Código del Municipio según registro Divipola fuentes DANE. Ejemplo: Pasto = 001	NO	
Especie del animal	ESP_ANI	1	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Zorro 4 = Murciélago	SI	
Raza	RAZA	30	Texto	Texto	NO	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
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

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
Antecedente vacunación	ANT_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	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)	NO	Dependiente de especie del animal cuando se seleccionan las opciones 1 ó 2 Dependiente de antecedente de vacunación en opción 1=Sí
Área de Procedencia	AREA_PRO	1	Texto	1 = Cabecera Municipal 2 = Centro Poblado 3 = Rural Disperso	NO	
Signos y síntomas. Agresividad	AGRESIMDA	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 alterado	APETITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Voracidad	VORACIDAD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Deglución dificultosa	DEGLUCION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas. Ladrado 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 Síntomas otro Cual	OTROS_CUAL	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de 4.1 cuando la opción es = 11



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
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 Biologica	NO	
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Inadecuado 4 = Pendiente	NO	
Identificación variante	IDE_W	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	NO	Dependiente de "Variante Identificada" en opción 0=Otra
Cual otro destino de muestra	DES_M_CUAL	30	Texto	Texto	NO	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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
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	



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	
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	SI	



Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1	Texto	1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 6 = Contacto 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 organos 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	NO	Dependiente de "Tipo de Agresión ó Contacto" 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 = Murciélago 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	NO	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
Nombre del propietario o responsable del agresor	NOM_PRO	30	Texto	Texto	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
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	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Ubicación del animal agresor	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido	NO	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)	NO	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	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Fecha de ultima dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	

Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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: Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Paresias	PARESIAS	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	ODINOFAGIA	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	FASCIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Aerofoobia	AEROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Hidrofobia	HIDROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Episodios de tranquilidad alternos con episodios de excitación	TRANQ_EXCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Depresión	DEPRESION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Hiperexcitabilidad	HIPEREXITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Agresividad	AGRESIVDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 cardiorrespiratorio	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 antirrabicos	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	
Variante identificada	VAR_IDENTI	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 9 = atípica 0 = Otra	NO	Depende de "Identificación variante" en opción 1= si
Variante identificada cual otra	OTRA_V_CUA	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Variante identificada" si la respuesta es otra



Rabia humana (Cod. 670)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 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	



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	
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	SI	

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Caso detectado por	CAS_DET X	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	Numérico	NO	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)	NO	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente (información vacuna sarampión)	FTE_SAR	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NO	Dependiente de "Vacuna contra Sarampión", en la opción 1
Tipo vacuna (Sarampión)	TIP_VAC_SA	1	Texto	1 = Sarampión S 2 = Sarampión rubéola SR 3 = Triple viral SRP	NO	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	Numérico	NO	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)	NO	Dependiente de "Vacuna contra Rubéola", en la opción 1
Fuente (información vacuna Rubéola)	FTE_RUB	1	Texto	1 = Carné 2 = Verbal 3 = Registro de salud o RIPS	NO	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	NO	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 valor superior 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	CIE X DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES PARA EL EVENTO B050 SARAMPION COMPLICADO CON ENCEFALITIS B051 SARAMPION COMPLICADO CON MENINGITIS B052 SARAMPION COMPLICADO CON NEUMONIA B053 SARAMPION COMPLICADO CON OTITIS MEDIAB054 SARAMPION CON COMPLICACIONES I	SI	
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	N Numérico	N Numérico mayor a cero	SI	
Tos	TOS	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
Coriza	CORIZA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Conjuntivitis	CONJUNTIV	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
Adenopatía	ADENOPATIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	SI	
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.	NO	Dependiente de "Grupo poblacional gestante" de datos básicos en opción 1=Sí
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 Algún 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.	NO	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	

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
Hubo seguimiento a contactos?	SEG_CONT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocida	NO	Opcional – Variable de Seguimiento municipal para ajuste
Si el caso es confirmado, fuente de infección	FTE_INFECC	1	Texto	1 = Importado 2 = Relacionado a importación 3 = Fuente desconocida 4 = Autóctono	NO	Obligatoria si se realiza un ajuste confirmando el caso Se activa si el tipo de caso es 3 (confirmado por laboratorio)
Si es importado o relacionado a importación, de que país.	IMP_PAIS	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Si el caso es confirmado, fuente de infección" en la opción 1 o en la opción 2
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	NO	Obligatoria si se realiza un ajuste descartando el caso Se activa si el tipo de caso es 6 (descartado)
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	



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Sarampión - Rubéola (Cod. 730-710)

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	

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	
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	SI	

Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	NO	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Prueba treponémica	PRUETREPON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Cuál prueba treponémica	QUE_PR_TRE	1	Texto	1 = TPPA 2 = TPHA 4 = Prueba rápida	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponémica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRL o RPR)	TOMASEROLO	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	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL 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	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1



Sífilis congénita (Cod. 740)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
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	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	SI	
Edad gestacional en semanas al nacimiento	EDA_GES_NA	2	Texto	>= 2 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)	RESULTSERO	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	NO	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)	NO	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, 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	



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 = Reinfeción	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	
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	SI	

Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Condición al momento del diagnostico	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	NO	Depende de control prenatal en opción 1=Si
Prueba treponemica	PRUETREPON	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Edad gestacional en semanas a la realización de la prueba	EG_PR_TREP	2	Texto	>= 2 AND <= 42	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Cuál prueba treponemica	QUE_PR_TRE	1	Texto	1 = TPPA 2 = TPHA 4 = Prueba rápida	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Resultado Prueba treponemica	RESULTREPO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Depende de prueba treponémica en opción 1=Si
Prueba no treponémica (VDRL 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	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL 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	NO	Depende de "Prueba no treponémica (VDRL o RPR)" en opción 1



Sífilis gestacional (Cod. 750)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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)	NO	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, 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	
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 = Reinfeción	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	
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	SI	



Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Fuente de notificación	FUE_NOT	1	Texto	1 = Pública 2 = Privada 3 = Laboratorio 4 = Comunidad 5 = Búsqueda Activa 8 = Otras 9 = Desconocida	SI	
Nombre de la madre	NOM_MAD	30	Texto	Texto	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	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
País donde viajó?	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí
Donde	MUN_VIA	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	Dependiente de "Viajes", en la opción 1=Sí Dependiente de "País dónde viajó" si selecciona Colombia
Apgar	APGAR	2	Texto	>= 1 AND <= 10	SI	

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
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	

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Esplenomegalia	ESPLENOMEG	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	
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	



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Síndrome de rubéola congénita (Cod. 720)

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	



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	
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	SI	

Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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
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



Tétanos accidental (Cod. 760)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
Opistótonos	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	
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	



Tetanos 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	
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	SI	



Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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)	NO	Dependiente de "Dejó de mamar", en la opción 1
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

Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Asistió a control prenatal	CON_PRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Si marco no, Justifique	JUSTIFIQUE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal", en opción 2
Atendido por médico	ATE_MED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por enfermero	ATE_ENF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por Auxiliar	ATE_AUX	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por promotor	ATE_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Atendido por otro	ATE_OTR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 1
Si marco otro, ¿Cuál?	OTRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Atendido por otro" en opción 1
Número de controles prenatales	NUM_CON	2	Texto	Numérico	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal" en opción 2
Fecha último control prenatal	ULT_CON	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Asistió a control prenatal", en opción 2
La madre durante el embarazo vivió en el mismo lugar	VIV_MIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso negativo en que municipio	MUN_VIV	5	Texto	Código Divipola según fuente DANE del Departamento y Municipio.	NO	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	Numérico	NO	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Si marco NO en "Vacunación antitetánica" explique causa	EXP_CAU	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 2
Fecha dosis TD1	DOS_TD1	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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)	NO	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)	NO	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)	NO	Dependiente de "Vacunación antitetánica" en opción 1
Lugar de atención del parto	LUG_PAR	1	Texto	1 = Casa 2 = Institución de Salud	SI	



Tetános neonatal (Cod. 770)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	NO	Dependiente de "Aplicación en el muñón umbilical de sustancias" en opción 2
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	



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	
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	SI	



Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Dosis aplicadas de vacuna antipertussis	ANTI PERTUS	1	Texto	0 = Ninguna 1 = Una 2 = Dos 3 = Tres 4 = Primer refuerzo 5 = Segundo refuerzo	SI	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	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antipertussis", 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)	NO	Opcional dependiente de "Dosis aplicadas de vacuna antipertussis", en opción mayor a 0
Etapas de la enfermedad	ETA_ENF	1	Texto	1 = Catarral 2 = Espasmódica 3 = Convaleciente	SI	
Infección respiratoria	IRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tos	TOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Tosferina (Cod. 800)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Duración de la tos (días)	DUR_TOS	2	Texto	Numérico	NO	Opcional dependiente de 7.2, en opción 1
Tos Paroxística	TOS_PAR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	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	
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 = Atelectasia 3 = Neumotórax 4 = Neumonía 5 = Otro	NO	Opcional dependiente de 7.8, en opción 1
Tratamiento antibiótico	TTO_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Tipo de antibiótico	TIP_ANT	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de 8.1, opción 1
Duración del tratamiento (días)	DUR_TTO	2	Texto	Numérico	NO	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



Tosferina (Cod. 800)

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	
Antecedente materno	ANTEC_MATE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de 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)	NO	Dependiente de "Antecedente materno" en opción 1=Sí



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	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	NO	Dependiente de "Antecedente materno de la vacuna T adP" en opción 1=Sí



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	
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	SI	



Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 = Meningea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	
Según ingreso	CLASCASO	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Tras recaída 3 = Tras fracaso 4 = Paciente recuperado tras pérdida 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	NO	Dependiente de 7.3 en opción 1
¿Es trabajador del area de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Ocupación del trabajador del area de la salud	NOMB_OCUPA	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de ¿Es trabajador del area de la salud? En la opción 1=Si
Presenta diagnostico confirmado previo de VIH/Sida	PREV_VIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Se realizo consejería pre-test de VIH	CONSPREVIH	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico previo de VIH" en opción 2=No
Se realizo prueba para diagnostico de VIH	PRUEBDIAGN	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico previo de VIH" en opción 2=No
Terapia preventiva con trimetropin sulfa/cotrimoxazol	TER_PREV_T	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico confirmado previo de VIH/Sida" en opción 1=Si Dependiente de "Resultado de la prueba para diagnostico de VIH" en opción 1=Si
Recibe tratamiento antirretroviral	TRAT_ANTIR	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Presenta diagnostico confirmado previo de VIH/Sida" en opción 1=Si Dependiente de "Resultado de la prueba para diagnostico de VIH" en opción 1=Si
Peso actual (Kg)	PESO_ACT	5	Número	>=2.0 and <=250.0	SI	
Talla (m)	TALLA_ACT	4	Número	>=0.20 AND <=2.5	SI	
IMC (Índice de masa corporal)	IMC	6	Número	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla) ² El resultado incluye decimale	SI	
Inicio de tratamiento	INI_TRAT	1	Texto	1=Si 2=No	SI	



Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha inicio de tratamiento	F_INITRAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Baciloscopia	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de toma de baciloscopia	FCHBACI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Resultado baciloscopia	RES_BK	1	Texto	1 = Negativa 2 = Una Cruz (+) 3 = Dos Cruces (++) 4 = Tres Cruces (+++)	NO	Dependiente de 8.1, en opción 1
Fecha de resultado de baciloscopia	FCH_REBAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de 8.1 en opción 1 El valor registrado no debe ser inferior a la fecha de toma de baciloscopia 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)	NO	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	NO	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)	NO	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)	NO	Dependiente de 8.1.8 en opción 1
Resultado histopatología	RESHISTOPA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	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)	NO	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 confirmación de caso	PRUEB_MOLE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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 confirmación de caso" en la opción 1=Sí



Tuberculosis (Cod. 815)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Especie identificada	ESP_PMOLEC	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso" en la opción 1=Sí
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	REDIOLOGIC	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	
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	



Tuberculosis (Cod. 815)

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	
Resultado de la prueba para diagnostico de VIH	RES_PRUVIH	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Pendiente	NO	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	



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

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	
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	SI	

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo TB	TIPO_TB	1	Texto	1= Pulmonar 2= Extrapulmonar	SI	
Localización	LOCALIZA	2	Texto	1 = Pleural 2 = Meningea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	Dependiente de la variable "Tipo TB" en la opción 2 =extrapulmonar
Otra Localización Cuál?	OTR_LOCAL	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "localización" en la opción 12= otra
Clasificación del caso según antecedente de tratamiento	CLAS_ANT	1	Texto	1 = Nuevo 2 = Previamente tratado	SI	
Clasificación del caso según tipo de medicamentos recibidos	CLAS_MED	1	Texto	1 = Tratado con medicamentos de 1a línea 3 = No ha recibido medicamentos de primera y segunda línea 4 = Tratado con medicamentos de primera y segunda línea	SI	Si selecciona en la variable "Clasificación del caso según antecedente de tratamiento" la opción 2= previamente tratado, no aplica la opción 3 de esta variable
Clasificación caso según condición de ingreso	CLAS_ING	2	Texto	10 = Tras recaída 11 = Paciente con tratamiento después de perdida al seguimiento 12 = Tras fracaso 9 = No aplica	NO	



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de confirmación del caso	FEC_CONF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	Valor mayor o igual a la fecha de consulta
Configuración bacteriológica del caso. Realiza Baciloscopia	BACIOSC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Resultado de la baciloscopia	RES_BACI	1	Texto	1= Una Cruz (+) 2= Dos Cruces (++) 3= Tres Cruces (+++) 4= Negativa	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si
Fecha de Bk	FEC_BK	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si. Menor a la fecha de confirmación del caso
Laboratorio que realiza la baciloscopia	LAB_BK	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de "realiza baciloscopia" en la opción 1=si
Realiza Cultivo	CULTIVO	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Fecha de siembra del cultivo	F_SIEMBRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si Mayor o igual a la fecha de BK
Fecha de resultado del cultivo	F_RES_CULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si. Mayor a la fecha de siembra del cultivo



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

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	Dependiente de "realiza cultivo" en la opción 1=si En opción 5 ó 6 deshabilitar "PSF" y asignarle la opción 6=en proceso
Realiza prueba de sensibilidad (PSF)	PSF	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Depende de "Resultado del cultivo" en opción diferente de 5 ó 6
Laboratorio que realiza la PSF	LAB_PSF	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Fecha de resultado de la PSF	F_RES_PSF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Debe ser mayor o igual a la fecha de siembra de cultivo
Resultado PSF	RES_PSF	1	Texto	1= Resistencia a uno o varios fármaco(s) 2= No viable 3= No interpretable 4= Contaminado 5= En proceso	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=sí. Si es=2,3 ó 4 deshabilita "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" y todas sus subdivisiones. En la opción 5= (en proceso) deshabilita también estas variables y asigna el valor 5.



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Realiza PSF a Fármacos de primera Línea	PSF_1_LINE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de resultado (PSF) en la opción 1=Resistencia a uno o varios fármaco(s)
Resultado Medicamento al cual es resistente Primera Línea S : Estreptomicina	ESTREPTOMI	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Línea H: Isoniazida	ISONIAZIDA	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Línea R: Rifampicina	RIFAMPI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Línea E: Etambutol	ETAMBUTOL	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si
Resultado Medicamento Primera Línea Z: Pirazinamida	PIRAZINAMI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si Depende de "Realiza PSF a Fármacos de primera Línea" en opción 1=si

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Realiza PSF de segunda Línea	PSF_2_LINE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de resultado (PSF) en la opción 1=Resistencia a uno o varios fármaco(s)
Clasificación de caso según tipo de resistencia	TIPO_RESIS	1	Texto	1 = Monorresistencia 2 = MDR 3 = Polirresistencia 4 = XDR (Extensivamente resistente) 6 = En proceso de clasificación 7 = Resistencia a Rifampicina RR 8 = Resistencia a pre XDR	SI	Variable automática de acuerdo a la siguiente clasificación de las variables tipo de resistencia: 1=Monorresistente: selecciona resistencia a un solo medicamento. 2=MDR: si selecciona resistencia a RH simultaneamente. Puede tener resistencia a la totalidad d
Metodología utilizada Nitrato reductasa	NITRATO	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Proporciones LJ	PROPOR_LJ	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Bactec MGIT	MGIT_960	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Proporciones en Agar	P_AGAR	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Metodología utilizada Prueba molecular	P_MOLEC	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Nombre de la prueba molecular	NOM_PMOLEC	1	Texto	1 = GenExper 2 = Genotype 3 = Otra	NO	Depende de "Metodología utilizada Prueba molecular" en opción 1=Si
Tiene Factores de Riesgo	FACT_RIESG	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
factores de riesgo Contacto de paciente farmacorresistente	CONTAC_PAC	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
factores de riesgo Farmacodependencia (alcohol, tabaco)	FARMACOD	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Otros factores inmunosupresores	OTR_INMUNO	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Ha vivido en áreas de alta carga de TB Farmacorresistente	VIV_TBFAR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Tratamiento irregular por más de un mes	TRAT_IRRE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
Factores de riesgo Tratamiento con menos de tres medicamentos	MENOS3MED	1		1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
factores de riesgo Otros factores de riesgo	OTRO_FR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable tiene factores de riesgo en la opción 1=si
Cuál otro factor de riesgo?	CUAL_OFR	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "tiene otros factores de riesgo" en la opción 1=si
Coomorbilidades - condiciones especiales	COOM_CESP	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Coomorbilidades. Diabetes	DIABETES	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades .Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si

Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Coomorbilidades .Enfermedad renal	E_RENAL	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades EPOC	EPOC	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Enfermedad hepática	E_HEPAT	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Cáncer	CANCER	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Artritis rematoide	ARTRITIS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Desnutrición	DESNUTR	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)	VIH	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si
Coomorbilidades Otras	OTR_COOM	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades - condiciones especiales" en la opción 1=si



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Cual otra Coomorbilidad?	CUAL_COOM	20	Texto	Texto	NO	Dependiente de la variable "Coomorbilidades Otras" en la opción 1=si
Asesoría	CONSEJERIA	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.
Prueba voluntaria para VIH	PR_VOL_VIH	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.
Hay coinfección TB - VIH/SIDA	COINF_VIH	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 2=No.
Terapia preventiva con Trimetopin sulfá /cotrimoxazol	TRIMETRO	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 1=si. ó si en la variable "Hay coinfección TB - VIH/SIDA" selecciona opción 1=si
Tratamiento ARV (Antirretroviral)	TRAT_ARV	1	Texto	1= Si 2= No 3= Desconocido	NO	Dependiente de si en "Coomorbilidades VIH/SIDA (Dx previo)" selecciona la opción 1=si. ó si en la variable "Hay coinfección TB - VIH/SIDA" selecciona opción 1=si
Sem. gestac	SEM_GEST	2	Númérico	Rango 0 - 42	NO	Depende de datos básicos "grupo poblacional gestante" en Opción 1=Sí
Peso actual (Kg)	PESO_ACT	5	Númérico	>=2 AND <=250.0	SI	
Talla (m)	TALLA_ACT	4	Númérico	>=0.20 AND <=2.50	SI	



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
IMC (Índice de masa corporal)	IMC	5	Númérico	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla) ² El resultado incluye decimales	SI	
Observaciones y seguimiento	OBSERV	150	Texto	Observaciones y seguimiento del caso	NO	
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea Q : Quinolonas	QUINOLAS	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea I : Inyectables	INYECTABLE	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de Realiza prueba de sensibilidad (PSF) en la opción 1=si
Resultado Nitrato reductasa	RES_NITRAT	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Nitrato reductasa" en opción 1=Sí
Resultado proporciones LJ	RES_PROPOR	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones LJ" en opción 1=Sí
Resultado Bactec MGIT	RES_BATECM	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Bactec MGIT" en opción 1=Sí
Resultado Proporciones en Agar	RES_PRO_AG	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Proporciones en Agar" en opción 1=Sí
Resultado Prueba molecular	RES_PR_MOL	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Metodología utilizada Prueba molecular" en opción 1=Sí



Tuberculosis Fármacorresistente (Cod. 825)

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	



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	
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	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 = Tatuajes 13 = Centro estético 14 = Acupuntura	SI	
Nombres y apellidos de la madre	NOM_MADRE	40	Texto	Nombre y apellido de la madre	NO	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	NO	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Número Identificación (madre)	NUM_IDE_MA	17	Texto	Número del documento señalado.	NO	Dependiente de "Mecanismo probable de transmisión" en opción 4
Identidad de género	IDE_GENERO	1	Texto	M = Masculino F = Femenino T = Transgénero	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Donó sangre en los 12 meses anteriores a esta notificación	DONO_SANGR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	NO	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	NO	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	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida, Muerto)
Candidiasis de las Vías Aéreas	CAN_VA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Coccidioidomicosis	COCCIDIODO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	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	SI	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	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Isosporidiasis Crónica	ISO_CRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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
Herpes Zoster en múltiples dermatomas	ERP_ZOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	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	SI	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	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Criptosporidiasis Crónica	CRI_CRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Criptococcosis Extrapulmonar	CRI_EXT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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
Sarcoma de Kaposi	SAR_KAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Leucoencefalopatía Multifocal	LEU_MUL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	Solo aplican y son obligatorias cuando el estado clínico es igual a 2 ó 3 (Sida o Muerto)
Hepatitis B	HEP_B	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	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	SI	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	SI	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 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) 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 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	
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	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
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Modalidad	NATURALEZA	2	Texto	1= Violencia Física 2= Violencia Psicológica 3= Negligencia y Abandono	NO	
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	SI	
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



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Convive con el agresor	CONV_AGRE	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Agresor no familiar	R_NOFILAR	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	NO	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 ofocación 2 = Caídas 3 = Contundente y cortocontundente 4 = Cortante, cortopunzante, punzante 11 = Proyectoil arma de fuego 12 = Quemaduras por fuego o llama 13 = Quemaduras por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas 14 = Quemadura por líquido hirviendo 15 = otros mecanismos 16 = Sustancias de uso doméstico que causan irritación	NO	Dependiente si la variable "Modalidad" es 1= Violencia física
Sitio anatómico comprometido por la Quemadura - cara	QUE_CARA	1	Texto	1 = Si 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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "Mecanismo utilizado para la agresión" en opciones 12, 13 y 14
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%	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
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_ITS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Profilaxis Hepatitis B	PROF_HEP_B	1	Texto	1= Si 2= No	NO	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 Otras IT S	PROF_OTRAS	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Anticoncepción de emergencia	AC_ANTI CON	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Orientación IVE	AC_IVE	1	Texto	1= Si 2= No	NO	No aplica si "Modalidad" es 1,2 o 3 No aplica si "Violencia sexual" es 5 o 12
Acciones en salud Atención en salud mental	AC_MENTAL	1	Texto	1= Si 2= No	SI	
Acciones en salud Remisión a protección	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 médico legal	EVI_MLEGAL	1	Texto	1= Si 2= No	NO	Dependiente de "Violencia sexual" en opciones 4,6, 7, 10 y 14
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



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 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	
Violencia sexual	NAT_VIOSEX	2	Texto	4= Abuso sexual 5= Acoso sexual 6= Violación 7=Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes 10=Trata de personas para explotación sexual 12= Actos sexuales con uso de la fuerza 14 = Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación)	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
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	
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	
Tipo de grupo perpetrador de la violencia	TIPO_GRUPO	2	Texto	1 = Miembro de la fuerza pública 2 = Miembro de un grupo armado ilegal	NO	Dependiente de "¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado?" 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
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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - cuello	QUE_CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - mano	QUE_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - pie	QUE_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - región genital	QUE_GENITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - tronco	QUE_TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro superior (excluye mano)	QUE_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=Sí
Lesiones encontradas Quemadura - Miembro inferior (excluye pie)	QUE_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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
En caso de quemadura, clasificación del grado	CLA_GRA	1	Texto	1 = Primer grado 2 = Segundo grado 3 = Tercer grado	NO	Depende de "Lesiones encontradas Quemadura" en opción 1=si
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%	NO	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	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - mano	AMP_MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - antebrazo	AMP_ANTEBR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - brazo	AMP_BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - muslo	AMP_MUSLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pierna	AMP_PIERNA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - pie	AMP_PIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Amputación" en opción 1
Lesiones encontradas Amputación - dedos del pie	AMP_DEDPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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 por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) (Cod. 452)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Lesiones encontradas Fracturas	FRACTURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fracturas Huesos del cráneo	FRA_CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas Huesos de la mano	FRA_HUEMAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas huesos del pie	FRA_HUEPIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas reja costal	FRA_REJA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	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 explotar	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	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿Cuál otro artefacto pirotécnico?	OTR_ART_PI	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Tipo de artefacto pirotécnico", en opción 10
Hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas previamente a la lesión por pólvora Lesionado	CON_ALC_LE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	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	NO	Dependiente de "Tipo de artefacto que produjo la lesión" en opción 1=Artefactos pirotécnicos
¿Cuál otra actividad?	OTR_AC_POL	30	Texto	Texto	NO	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	ACT_MINAS	1	Texto	1 = Transito 2 = Contacto 3 = Actividades de desminado 4 = Actividades de erradicación de cultivos 5 = Otro	NO	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	NO	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 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	
Fracturas Miembro superior (excluye manos)	FRA_MIESUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas columna	FRA_COLUMN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1
Fracturas cadera	FRA_CADERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fracturas Miembro inferior (excluye pies)	FRA_MIEINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesiones encontradas Fracturas" en opción 1



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	
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	SI	

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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 triquiasis previa	TRIQ_PREVI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál ojo?	OJO_CIRUGI	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Historia de cirugía de triquiasis previa" en opción 1=Sí
Ojo derecho ¿Cuál párpado?	PAR_OJODER	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NO	Dependiente de "Cuál ojo?" en opción 1 o 3
Ojo izquierdo ¿Cuál párpado?	PAR_OJOIZQ	1	Texto	1 = Párpado superior 2 = Párpado inferior 3 = Ambos	NO	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	NO	Dependiente de "Presencia de cicatrices en la mucosa tarsal" en opción 1=sí
Evidencia de depilación párpado superior	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	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si



Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	NO	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 o 3 = Ambos
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	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado superior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado superior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
Evidencia de depilación párpado inferior	DEP_PARINF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?	DEP_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior" 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	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado inferior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos

Tracoma (Cod. 305)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	NO	Dependiente de respuesta variable "evidencia depilación párpado inferior" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Evidencia de depilación párpado inferior - cuál ojo?" opción 2 = Izquierdo o 3 = Ambos
¿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	NO	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	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - cuál ojo?" opción 1 = Derecho o 3 = Ambos
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	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior?" opción 1 = Si Dependiente de respuesta variable "Pestañas en contacto con el globo ocular párpado superior - 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 inferior?	PEST_GO_PI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior - cuál ojo?	PEGO_PI_OJ	1	Texto	1 = Derecho 2 = Izquierdo 3 = Ambos	NO	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	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si 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	NO	Dependiente de respuesta variable "¿Pestañas en contacto con el globo ocular párpado inferior?" opción 1 = Si 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	NO	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	NO	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	NO	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, 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	

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	
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	SI	

Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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)	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí
Última dosis anti Hib	ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna anti Hib" en opción 1 = Sí 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)	NO	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)	NO	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	



Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Dosis anti neumococo	DOS_NEU	1	Texto	(NUMERICO VALORES ENTRE 1-2)	NO	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)	NO	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	
Fecha ultima dosis	FEC_UD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	



Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica (Cod. 535)

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	
Clasificación final de casos de enfermedad meningocócica	CLAS_FINAL	1	Texto	1 = Meningitis 2 = Meningitis con meningococemia 3 = Meningococemia sin meningitis	NO	Dependiente de "Tipo de agente bacteriano" en opción 2



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	
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	SI	Pacientes menores de 18 años, no debe permitir el ingreso de: CC o AS.



Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación (paciente)	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de Cáncer	TIPO_CA	2	Texto	1 = Leucemia Linfoide 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)	NO	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)	NO	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	NO	Aplica 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)	NO	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 Dependiente de "Criterio de confirmación del diagnóstico" en opción diferente de 4 y de 5
Fecha de resultado	FEC_RES_DD	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Aplica solo para casos con clasificación inicial 3 (confirmado por laboratorio) o para ajuste 3 o 6
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	
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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Cáncer en menores de 18 años (Cod. 115)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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)	NO	Habilitada solo cuando se notifique una recaída, segundo tumor o muerte por cáncer
Fecha de inicio del tratamiento	FEC_INITRA	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

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	
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	SI	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Clasificación de la notificación	CLAS_NOTIF	1	Texto	1 = Caso de agresión o contacto por un APT R 2 = Caso probable o confirmado de rabia humana	SI	
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1	Texto	1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Lamedura de mucosa o piel lesionada por Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 6 = Contacto 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 organos o tejidos infectados con virus rábico	SI	
Provocada	AGR_PRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Tipo de Lesión	TIP_LES	1	Texto	1 = Única 2 = Múltiple	NO	
Profundidad	PROFUN	1	Texto	1 = Superficial 2 = Profunda	NO	

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Localización anatómica Cabeza, Cara, Cuello	CCC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Manos- Dedos	MAN_DED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Tronco	TRONCO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Miembros Superiores	MIE_SUP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Localización anatómica Miembros Inferiores	MIE_INF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
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	
Especie agresora	ESP_ANI	2	Texto	1 = Perro 2 = Gato 3 = Bovino- Bufalino 4 = Équidos 5 = Porcino (Cerdo) 7 = Murciélago 8 = Zorro 9 = Mico 10 = Humano 12 = Otros silvestres 13 = Ovino - caprino 14 = Grandes roedores	SI	
Animal vacunado	ANT_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación	FECHA_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Animal vacunado" en opción 1=Sí
Presentó carné de vacunación antirrábica?	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
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	NO	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	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Ubicación	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Clasificación de la exposición	TIP_EXP	1	Texto	0= No exposición 1 = Exposición leve 2 = Exposición grave	SI	En el caso que la persona digite las opciones 7, 8, 9 y 12 de la variable "Especie agresora", debe crearse un filtro para que se verifique que el tipo de exposición sea GRAVE. Si por alguna razón la persona clasificó como no ex
Suero antirrábico	SUE_ANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No Sabe	SI	

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de aplicación	FEC_APL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Fecha de ultima dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" en opción 1=Sí, en este caso tampoco debe ser un campo obligatorio
Lavado de herida con agua y jabón	LE_AGU_JAB	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Sutura de la Herida	SUT_HER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ordenó Suero antirrábico	APL_SA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ordenó aplicación Vacuna	APL_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Signos y síntomas: Fiebre	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hiporexia	HIPOREXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Paresias	PARESIAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Parestesias	PARESTESIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Disfagia	DISFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Odinofagia	ODINOFAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Signos y síntomas: arreflexia/hiporreflexia	ARREFLEXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Alucinaciones o delirios de persecución	PSICOSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: fascies de terror	FASCIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Sialorrea	SIALORREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Aerofoobia	AEROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hidrofobia	HIDROFOBIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Episodios de tranquilidad alternos con episodios de excitación	TRANQ_EXCI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Depresión	DEPRESION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Hiperexcitabilidad	HIPEREXITA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Agresividad	AGRESIVDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Espasmos musculares	ESPASMOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Convulsiones	CONVULSION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Parálisis	PARALISIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Crisis respiratorias	CRIS_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Coma	COMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Signos y síntomas: Paro cardiorrespiratorio	PARO_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Prueba diagnóstica confirmatoria	PR_DIAG_CO	1	Texto	1 = IFD 2 = Prueba Biológica 3 = Histopatología 4 = Inmunohistoquímica	NO	
Resultado	RESULTADO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Inadecuado 4 = Pendiente	NO	
Identificación variante	ID_VARIANT	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Pendiente	NO	
Variante identificada	VAR_IDENTI	1	Texto	1 = Uno 3 = Tres 4 = Cuatro 5 = Cinco 8 = Ocho 9 = atípica 0 = Otra	NO	Depende de "Identificación variante" en opción 1= si
Variante identificada cual otra	OTRA_V_CUA	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Variante identificada" en opción 0 = otra
Fecha resultado positivo de laboratorio	FEC_RESPOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	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 digitación	NO	



Vigilancia integrada de rabia humana (Cod. 307)

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	
Tipo de área del cuerpo en caso de Mordedura	AREA_MORDE	1	Texto	1 = En área cubierta del cuerpo 2 = En área descubierta del	NO	Dependiente de "Tipo de Agresión ó Contacto" en opción 1 = Mordura
Estado del animal al momento de la consulta del paciente	ESTADO_ANI	1	Texto	1 = Vivo 2 = Muerto 3 = Desconocido	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2



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	
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	SI	



Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Vigilancia activa	VIG_ACTIVA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Sintomático	SINTOMATICO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Clasificación del caso según origen	CLAS_CASO	1	Texto	1 = Autoctono 2 = Importado	SI	
Nuevo	NUEVO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Recrudescencia	RECRUDECE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Trimestre de gestación	TRIMESTRE	1	Texto	1 = Primer trimestre 2 = segundo trimestre 3 = Tercer trimestre	NO	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 antimalarico suministrado	TRATAMIENT	2	Texto	1 = ARTHEMETER+LUMEFANTRIN E 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 13 = QUININA INTRAVENOSO + CLINDAMICINA 14 = QUININA INTRAVENOSO+DOXICICLINA 15 = QUININA ORAL+ CLINDAMICINA 16 = SIN TRATAMIENTO	SI	
Fecha de inicio de tratamiento	F_INI_TRAT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	

Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Tipo de examen	TIPOEXAMEN	4	Texto	GG PDR PCR OTRA	SI	
Valor Recuento	RECUESTO	10	Numérico	Numérico	SI	
Gametocitos	GAMETOCITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicación?	COMPLICACI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Complicación cerebral	COM_CEREBR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación renal	COM_RENAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hepática	COM_HEPATI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación pulmonar	COM_PULMON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación hematológica	COM_HEMATO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Complicación Otras	COM_OTRAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Depende de "Complicación? en opción 1=Sí
Especie de Plasmodium	ESP_PLA	1	Texto	1 = P. Vivax 2 = P. Falciparum 3 = P. Malarie 4 = Mixta	SI	
Responsable del diagnostico	RESP_DIAG	30	Texto	Texto	SI	
Resultado del examen	RESULT_EXA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	SI	
Fecha de resultado	FEC_RESULT	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	



Malaria (Cod. 465)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Desplazamiento	DESPLAZAMI	2	Texto	1= Sí 2= No	SI	
Desplazamiento últimos quince días - Ciudad 1 - Código	CODMUN1	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	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	
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	SI	



Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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.	SI	Dependiente de "Código del producto" en opción 9999=Otras
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	SI	La opción 6 solo aplican para las intoxicaciones por sustancias psicoactivas, medicamentos y otras sustancias químicas
Lugar donde se produjo la intoxicación	LUGAR_EXPO	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	



Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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
Vía de Exposición	VIA_EXP	1	Texto	1 = Respiratoria 2 = Oral 3 = Dérmica/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 = TECNOLÓGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMACIÓN	SI	

Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Afiliado a A.R.P.	AFI_ARP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Código Administradora Riesgos Profesionales ARP	COD_ARP	6	Texto	Código Administradora Riesgos Profesionales	NO	Dependiente de "Afiliado a A.R.P.", en opción 1=Sí
Estado Civil	EST_CIV	1	Texto	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión Libre 4 = Viudo 5 = Divorciado	SI	
El caso hace parte de un brote	PARTE_BROT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Número de casos de este brote	NUM_CAS_BR	7	Texto	Cantidad de casos del brote	NO	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 =	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1 = Sí
Prueba	PRUEBA	2	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí
Resultado de la prueba toxicológica	RESULT_PRU	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se tomaron muestras de toxicología" en opción 1=Sí



Intoxicaciones (Cod. 365)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha investigación epidemiológica brote	FEC_INV_BR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El caso hace parte de un brote" 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 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	



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	
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	SI	

Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Código de la enfermedad	COD_ENFERM	5	Texto	Según tabla de referencia	SI	
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	



Enfermedades huérfanas - raras (Cod. 342)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Discapacitado – el sistema cardiorrespiratorio y las defensas	DIS_CARDIO	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la digestión, el metabolismo, las hormonas	DIS_DIGEST	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el sistema genital y reproductivo	DIS_SISGEN	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	DIS_MOVIMI	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – la piel	DIS_PIEL	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Discapacitado – otra	DIS_OTRA	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
No definido	NO_DEFINID	2	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fecha de diagnóstico de la enfermedad	FEC_DIAGNO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Cuál prueba confirmatoria?	PRUEBA_LAB	100	Texto	Texto	NO	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	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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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	

VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

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	
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	SI	



VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	SI	
Ausencia de antígeno	AUS_ANTIGE	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = No realiza	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 2 y 3
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



VIH - Bancos de sangre (Cod. 855)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
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	



Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

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	
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	SI	



Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Marcador (es) reactivo (s) en el banco de sangre	MARC_REACT	1	Texto	1 = HBsAg 2 = Anti-HBc 3 = HBsAg + Anti-HBc	SI	
Neutralización HBsAg / NAT	NEUTR_HBS	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de "Marcador (es) reactivo (s)" en opción es 1=HBsAg
Anti HBc IgM	ANTI_HBC	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No reactivo	NO	Dependiente de "Marcador (es) reactivo (s)" en opción es 2 = Anti HBc
Anti HBsAg	ANTI_HBSAG	5	Texto	>= 0	NO	Dependiente de "Anti HBc IgM" en opción 2 = No reactivo
Interpretación	INTERPRETA	1	Texto	1 = Falso Reactivo HBsAg 2 = Posible infección Hepatitis B 3 = Donante Diferido	SI	Dependiente de "Anti HBsAg" en opción diferente de 0
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Anti HBsAg" en opción diferente de 0
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Hepatitis B - Bancos de sangre (Cod. 339)

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	



Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

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	
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	SI	

Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
PCR/NAT	PCR_NAT	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = No se realiza	SI	
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de "PCR/NAT" en opciones 2 y 4
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opción 1 o 3, si es que aplica esa variable Dependiente de "PCR/NAT" en opción 1 o 3
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



Hepatitis C - Bancos de sangre (Cod. 344)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
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	



Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

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	
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	SI	



Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de prueba	TIPO_PRUEB	1	Texto	1 = IFI (Inmunofluorescencia indirecta) 2 = Segundo Tamizaje (configuración	SI	
IFI	IFI	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 1 = IFI
Segundo Tamizaje (configuración Diferente)	SEG_TAMIZA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 2 = Segundo Tamizaje (configuración Diferente)
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	NO	Dependiente de IFI en opción 2=Negativo o "Segundo tamizaje" en opción 2=Negativo
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 1 y 3, si es que aplica esa variable Dependiente de "IFI" en opción 1=Positivo,si es que aplica esa variable Dependiente de "Segundo tamizaje" en opción 1=Positivo,si es que aplica esa variable
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Última Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
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	



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Enfermedad de chagas - Bancos de sangre (Cod. 207)

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	



Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

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	
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	SI	



Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de prueba	TIPO_PRUEB	1	Texto	1 = VDRL 2 = RPR	SI	
VDRL	VDRL	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No Reactivo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 1=VDRL
RPR & M	RPR_M	1	Texto	1 = Reactivo 2 = No Reactivo	NO	Dependiente de "Tipo de prueba" en opción 2=RPR
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



Sífilis - Bancos de sangre (Cod. 745)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
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	



Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

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	
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	SI	

Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Resultado inmunoblot	RES_INMUNO	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Indeterminado	SI	
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado inmunoblot" en opciones 1 o 3
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Ultima Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601,NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



Htlv - Bancos de sangre (Cod. 896)

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	



Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

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	
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	SI	

Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Proceso de confirmación	PROC_CONFI	1	Texto	1 = P. Vivax 2 = P. Falciparum 3 = Mixta	SI	
Se logró la ubicación efectiva del donante	UBIC_DONAN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
El donante asistió a la asesoría	DONAN_ASIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Se logró la ubicación efectiva del donante" en opción 1=Sí
Fecha de asesoría y canalización del donante	FEC_ASESOR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "El donante asistió a la asesoría" en opción 1=Sí
En caso de ubicación no efectiva (causas)	CAUSA_NOUB	1	Texto	1 = Donante ubicado pero manifiesta deseo de no ser asesorado 2 = Correo Incorrecto 3 = Datos telefonicos incorrectos 4 = Otro	NO	Dependiente de "Se logro la ubicación efectiva del donante" en opción 2=No
Observaciones	OBSERVACIO	80	Texto	Texto	NO	
Fecha de Última Donación	FEC_ULT_DO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separado por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual
En caso de tener donaciones anteriores ¿se informó a los servicios de transfusión y se recogieron los componentes?	INFORME_ST	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No Aplica	NO	Dependiente de "Tipo de donante" de datos básicos en opción 4 = Voluntario habitual



Malaria - Bancos de sangre (Cod. 467)

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	



Endometritis puerperal (Cod. 351)

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	
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	SI	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Servicio de admisión de procedimiento quirúrgico o parto	CONTE_PROC	1	Texto	1 = Programado ambulatorio 2 = Urgencia 4 = Programado hospitalizado	SI	
Procedimiento quirúrgico realizado	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Cesárea 2 = Hemiorrafia 3 = Parto 4 = Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante 5 = Colecistectomía	SI	
Tipo de parto	ATEN_PARTO	1	Texto	1 = Vaginal 2 = Cesárea	SI	
Fecha de parto y/o procedimiento quirúrgico	FEC_PARTO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	SI	
Profilaxis antibiótica quirúrgica	PRF_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No aplica	SI	
Cual antibiótico?	CUAL_ANTBI	120	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" 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	

Endometritis puerperal (Cod. 351)

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	
Tiempo de duración del Trabajo de Parto en minutos	TIEMPO_PAR	4	Texto	Numérico	NO	
Tiempo de ruptura de membranas en minutos	TIEMPO_RUP	4	Texto	>=0 AND <= 2880	NO	
Nombre de la Institución donde se realizó la atención de parto	INST_PARTO	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 2=No
El paciente requirió reintervención?	REQ_INTERV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí
Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD	ATENC_UPGD	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
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	
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	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Servicio de admisión de procedimiento quirúrgico o parto	CONTE_PROC	1	Texto	1 = Programado ambulatorio 2 = Urgencia 4 = Programado hospitalizado	SI	
Procedimiento quirúrgico realizado	PROCEDIMIE	1	Texto	1 = Cesárea 2 = Hemiorrafia 4 = Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante 5 = Colecistectomía	SI	
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	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 1=Sí
Tipo de herida	TIPOHERIDA	1	Texto	1 = Limpia 2 = Limpia contaminada	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 1=Sí
Profilaxis antibiótica quirúrgica	PRF_ANTIB	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = No aplica	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 1=Sí
Cual antibiótico?	CUAL_ANTBI	180	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" 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
Procedimiento laparotomía	LAPAROSCOPI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Procedimiento quirúrgico realizado" en opciones 2 y 5
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	
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 SIMGILA última versión o ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación	SI	Para uso interno

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

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	
Nombre de la Institución donde se realizó el procedimiento quirúrgico	INST_PROCE	50	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 1=Sí
El paciente requirió reintervención?	REQ_INTERV	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Duración del procedimiento quirúrgico en minutos	DUR_PROC_M	4	Número	>=1	NO	Dependiente de "Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD" en opción 1=Sí
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	NO	Dependiente de "Profilaxis antibiótica quirúrgica" en opción 1=Sí



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Se realizó el procedimiento quirúrgico o la atención de parto en esta UPGD	ATENC_UPGD	1	Texto	1= Sí 2= No	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	
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	SI	

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	NO	Dependiente de "Intentos previos" en opción 1=Sí
Antecedente de situaciones estresantes - Muerte de un familiar	MUERTE_FAM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí

Intento de Suicidio (Cod. 356)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Trastornos bipolar	TRANS_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Esquizofrenia	ESQUIZOFRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	
Arma de Fuego	ARMA_FUEGO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Lanzamiento a Vehículo	LANZ_VEHIC	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	NO	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento?" en opción 1=Sí
Remisión Psiquiatría	PSIQUIATRI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remisión psicología	PSICOLOGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Remisión trabajo social	TRAB_SOCIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	



Intento de Suicidio (Cod. 356)

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	
Fecha de ocurrencia	FEC_OCURRE	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	ESCOLARID	2	Texto	1 = PREESCOLAR 2 = BÁSICA PRIMARIA 3 = BÁSICA SECUNDARIA 5 = MEDIA TÉCNICA 7 = TÉCNICA PROFESIONAL 8 = TECNOLÓGICA 9 = PROFESIONAL 10 = ESPECIALIZACIÓN 11 = MAESTRÍA 12 = DOCTORADO 13 = NINGUNO 14 = SIN INFORMACION	SI	
Suicidio familiar o amigo	SUICI_FM_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	NO	Dependiente de "Antecedente de trastorno psiquiátrico" en opción 1=sí
Lanzamiento cuerpo de agua	LANZ_AGUA	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 suicidio	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,intraperitoneal) 7 = transplacentaria	NO	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=sí
Código del producto	COD_SUST	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=sí
Nombre del Producto	NOM_PRO	254	Texto	Nombre químico del producto que produjo la intoxicación.	NO	Dependiente de "Código del producto"
Lugar donde se produjo la intoxicación	LUGAR_INT O	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	NO	Dependiente de "Intoxicación / envenenamiento" en opción 1=sí
Estado de transformación	ESTADOTRAN	1	Texto	1 = Digitado con SIMGILA 2014 o superior ya fue transformado 2 = El registro debe ser objeto de transformación 3 = Digitado con SIMGILA 2018 o superior ya fue transformado	SI	Para uso interno



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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Tipo de cáncer	TIPO_CANCE	1	Texto	1 = CA mama 2 = CAcuello 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)	NO	
Fecha resultado confirmación diagnóstica	FEC_RES_BI	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	
Resultado biopsia	RES_BIOPS9	1	Texto	1 = Carcinoma Ductal 2 = Carcinoma lobulillar	NO	
Grado histopatológico	GRAD_HISTO	1	Texto	1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	
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)	NO	Dependiente de "Biopsia de exocervix y zona de transformación" en opción 1=Sí
Fecha resultado biopsia exocervix	FEC_RES_EX	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Biopsia de exocervix y zona de transformación" en opción 1=Sí
Biopsia de exocervix y zona de transformación	BIOP_EXOCE	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	
Resultado biopsia exocervix	RES_B_EXOC	1	Texto	1 = LEI AG 2 = Carcinoma escamocelular	NO	Dependiente de "Biopsia de exocervix y zona de transformación" en opción 1=Sí



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Grado histopatológico	GRADO_HIST	1	Texto	1 = In situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	
Biopsia de endocervix	BIOP_ENDOC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Resultado biopsia endocervix adenocarcinoma	RES_B_ADEN	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Sí
Resultado biopsia endocervix Grado histopatológico	RES_B_HIST	1	Texto	1 = In-situ 2 = Infiltrante 3 = No indicado	NO	Dependiente de "Biopsia de endocervix" en opción 1=Sí
Seguimiento tratamiento inicial del tumor	SEG_TRAT_I	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Radioterapia	RADIOTERAP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Quirúrgico	QUIRURGICO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Quimioterapia	QUIMIOTERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Hormonoterapia	HORMONOTER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Cuidados paliativos	CUID_PALIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento tipo tratamiento inicial del tumor - Inmunoterapias	INMUNOTERA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=Sí
Seguimiento fecha inicio tratamiento	FCH_SEG_TR	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Seguimiento tratamiento inicial del tumor" en opción 1=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 UCI/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 - UCI/P	DIA_PAC_P	4	Texto	>= 1 AND <= 9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos - UCI/P	N_IT SAC_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días dispositivo - UCI/P	D_IT SAC_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IST UAC. No. Casos nuevos - UCI/P	N_IST UA_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IST UAC. No. Días dispositivo. - UCI/P	D_IST UA_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos - UCI/P	N_NAV_P	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días dispositivo - UCI/P	D_NAV_P	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
No. De servicios UCI/ 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 UCI/ 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 - UCI/ N	DIA_PAC_N	4	Texto	>=1 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_C_N1_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_C1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(1). UCI N (Peso al nacer <= 750 g)	N_D_P1_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Casos nuevos(2). UCI N (Peso al nacer 751 g a 1000 g)	N_C_N2_S_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
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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (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). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_S_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
IT SAC. No. Días cateter central(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_S_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
IT SAC. No. Días paciente(5). UCI N (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_P5_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
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 cateter 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 cateter 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 cateter 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	
NAV. No. Días cateter central(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_C4_V_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
NAV. No. Días paciente(4). UCIN (Peso al nacer 1501 g a 2500 g)	N_D_P4_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Casos nuevos(5). UCIN (Peso al nacer >= 2500 g)	N_C_N5_V_N	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
NAV. No. Días cateter central(5). UCIN (Peso al nacer >= 2500 g)	N_D_C5_V_N	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
NAV. No. Días paciente(5). UCIN (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	
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	



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, 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	

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/I-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 dias cama ocupada / total de dias disponible
No. total de gramos consumidos en el mes (Ceftriaxona) - UCI-A	G_CEF_UCIA	6	Texto	>=0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ceftriaxona) - UCI-A	DDD_CEF_A	6	Texto	>= 0 AND <=150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 2) / (dias del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)

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 (Meropenem) - UCI-A	G_MER_UCIA	6	Texto	≥ 0.0	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) _ UCI-A	G_PIP_UCIA	6	Texto	≥ 0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Piperacilina) - 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	≥ 0.0	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 camas de los servicios SH/I-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	
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 dias cama ocupada / total de dias disponible

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 (Ceftriaxona) - SH-A	G_CEF_SHA	6	Texto	≥ 0.0	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 proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	G_CIPP_SHA	6	Texto	≥ 0.0	NO	
DDD por 100 cama día (Ciprofloxacina Parenteral) - SH-A	DDD_CIPP_S	6	Texto	≥ 0 AND ≤ 150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 0,8) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. Total de gramos consumidos en el mes (Ciprofloxacina enteral) - SH-A	G_CIPE_SHA	6	Texto	≥ 0.0	NO	
DDD por 100 cama día (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 proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (Meropenem) - SH-A	G_MER_SHA	6	Texto	≥ 0.0	NO	
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	≥ 0.0	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 (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	≥ 0.0	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 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	
No. total de gramos consumidos en el mes (ertapenem) - SH-A	G_ERT_SHA	6	Texto	≥ 0.0	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 (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 proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (cefepime) - SH-A	G_CEFE_SHA	6	Texto	≥ 0.0	NO	
DDD por 100 cama día (cefepime) - SH-	DDD_CEFE_S	6	Texto	≥ 0 AND ≤ 150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 4) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (ertapenem) - UCI-A	G_ERT_UCIA	6	Texto	≥ 0.0	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 proporcion de ocupacion)
No. total de gramos consumidos en el mes (cefepime) - UCI-A	G_CEFE_UCI	6	Texto	≥ 0.0	NO	
DDD por 100 cama día (cefepime) - UCI-A	DDD_CEFE_A	6	Texto	≥ 0 AND ≤ 150	NO	Calculado: (# de gramos consumidos mes / 4) / (días del mes vigilado x camas vigiladas x proporcion de ocupacion)



Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica 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	
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	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
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	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 diarreica 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 = Esta divorciada 4 = Esta viuda 5 = Está soltera 6 = Está casada 9 = Sin información	SI	
Ultimo 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	
Causa antecedente d	C_ANTECD	100	Texto	Texto	NO	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otros estados patológicos	OTR_PATOL	100	Texto	Texto	NO	
Causa probable de muerte sin certificación medica	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 = 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	Númérico	0 = Rutinario 2 = Original cargado desde un sistema externo 3 = Cargado desde un sistema externo completado	NO	Para uso interno. Valor por defecto: 0

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	
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	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
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	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



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Edad gestacional al nacer	EDAD_GES	2	Numérico	≥ 20 AND ≤ 45	NO	
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_COMPLEM	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
Índice de masa corporal	IMC	5	Numérico	Formular: $\text{Peso en kg} / ((\text{talla en cm})^2)$	SI	Variable calculada por el sistema
Zscore Peso/Talla	ZSCORE_PT	7	Numérico		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	Númerico	>=-8 AND <=6	SI	Variable calculada por el sistema
Clasificación actual Talla-	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	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) 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 médico	DIAG_MEDIC	4	Texto	Según tabla de referencia	NO	



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	
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	SI	

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Lesión de causa externa ocasionada por	OCASIO_POR	1	Texto	1 = accidente de consumo 4 = procedimientos estéticos	SI	
Asfixia o ahogamiento	ASFIXIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Estrangulamiento	ESTRANGULA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Herida, laceración, cortes	HERIDA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento	TRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Choque eléctrico, electrocución	CHOQ_ELECT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Fractura, esguince y luxación	FRACTURA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Politraumatismo	POLITRAUMA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Amputación o enucleación	AMPUTACION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Quemaduras	QUEMADURAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Intoxicación , alergias	INTOXICAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Infección	INFECCION	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
Sepsis	SEPSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
Perforación	PERFORACIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hemorragia	HEMORRAGIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Necrosis	NECROSIS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1
Embolia	EMBOLIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 1
Depresión respiratoria	DEPRE_RESP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Cráneo	CRANEO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cara	CARA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ojos	OJOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Nariz	NARIZ	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Orejas	OREJAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Boca-dientes	BOCA_DIENT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuello	CUELLO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Brazo	BRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Antebrazo	ANTEBRAZO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mano	MANO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	



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	SI	
Torax anterior	TORX_ANTER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Torax posterior	TORX_POST	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Mamas	MAMAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
Abdomen	ABDOMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pélvis-perineo	PELV_PERIN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
Genitales	GENITALES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
Muslos	MUSLOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Piernas	PIERNAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Pies	PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Dedos de los pies	DEDOS_PIES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Órganos internos	ORG_INTERN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Piel	PIEL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Máquinas o motores	MAQUINA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Juguetes y juegos	JUGUETES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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
Equipos de construcción, ferretería, iluminación o eléctricos	ELECTR_ILU	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Vestimenta, accesorios y calzado	VEST_ACCES	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Materiales escolares o pedagógicos	UTIL_ESCOL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Muebles, electrodomesticos y	UTEN_COMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos deportivos y de ocio	EQU_DEPORT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Equipos de comunicación y tecnología	ELECT_AUDI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 2
Medicamentos	MEDICAMEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Aparatología de uso estético	APAR_ESTET	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Equipos biomédicos	EQU_BIOMED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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
Hogar	HOGAR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 2
Establecimiento educativo	COLEGIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Calle, parqueadero	CALLE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Lugar de recreación	PARQUE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Industria	INDUSTRIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción diferente de 4
Centro de estética	CENTR_ESTE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
SPA	SPA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
IPS	IPS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 4
Número de procedimientos quirúrgicos que se realizaron de manera simultánea	PROC_QUIRU	1	texto	1 = uno 2 = dos 3 = tres 4 = mas de 3	NO	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 = cosmetologo	NO	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
Hospitalización	HOSPITALIZ	1	texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	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, 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	
Productos químicos	PROD_QUIMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1
Establecimiento público o comercial	ESTABLECIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1



**INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD**



**La salud
es de todos**

Minsalud

Lesiones de causa externa (Cod. 453)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Gluteos	GLUTEOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Lesión de causa externa ocasionada por" en opción 1 o 4
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



Vigilancia centinela de síndrome febril/ 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	
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	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	VIAJO	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
A donde viajó	DONDE_VIAJ	70	Texto	Lugar donde viajó	NO	Opcional dependiente de "Ha viajado durante los 14 días previos al inicio de síntomas" en opción 1=Sí
Ha visto Ratas	RATAS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Ha visto Perros	PERROS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
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	SI	
Antecedentes de transfusión de hemoderivados	RECIBIO_TR	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	SI	
Hallazgos semiológicos Fiebre ≥ 38 grados	FIEBRE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Escalofríos	ESCALOFRIO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Cefalea	CEFALEA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Dolor retroocular	DOLOR_RETR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Vómito	VOMITO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Diarrea	DIARREA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Hallazgos semiológicos Dolor abdominal	DABDOMINAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Ictericia	ICTERICIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Petequias	PETEQUIAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Equimosis	EQUIMOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Hemoptisis	HEMOPTISIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Gingivorragia	GINGIVORRA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Metrorragias	METRORRAGI	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Hematuria	HEMATURIA	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Hallazgos semiológicos Melenas	MELENAS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Hemorragia" en opción 1=Si
Días de fiebre	DIAS_FIEBR	2	Numérico	>0	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Fiebre >= 38 grados" en opción 1=Si
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	ESPLENOMEG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	DESHIDRATA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Signos meningeos	SIG_MENING	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Hallazgos semiológicos Rash	EXANTEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Localización	LOC_EXANTE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Exantema" en opción 1=Sí
Hallazgos semiológicos Edema	EDEMA	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Localización	LOC_EDEMA	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Hallazgos semiológicos Edema" en opción 1=Sí
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	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Gatos	GATOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Bovinos	BOVINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Equinos	EQUINOS	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Animales silvestres	SILVESTRES	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Cuál?	CUAL_SILVE	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Animales silvestres" en opción 1=Si
Otros animales	OTR_ANIMAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Hay animales en la casa?" en opción 1=Si
Cuál?	CUAL_OTR_A	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Otros Animales" en opción 1=Si
Historia de picadura de garrapatas	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	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Contacto sexual con portador de HBsAG	CONT_HBSAG	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Manipulación de secreciones vaginales, placentas, fetos abortados, etc.	MANIP_SECR	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	
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	NO	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	
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	SI	

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	
Tiene complicaciones de tipo neurológico?	COMPL_NEUR	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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)	NO	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	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Desplazamiento en los últimos 30 días	DESPLAZAMI	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Tiene complicaciones de tipo neurológico?" en opción 1=Sí
Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código	CODMUN	5	Texto	Según tabla de referencia	NO	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	NO	Dependiente de Desplazamiento últimos cinco días - Ciudad - Código
Desplazamiento últimos cinco días - País - Código	CODPAIS	3	Texto	Según tabla de referencia	NO	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 realizó la primera ecografía a la gestante?	HUBO_1_ECO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	

Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de primera ecografía obstétrica	FEC_1_ECO	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Se le realizó la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica	EDAD_GES	2	Texto	>= 0 AND <= 42	NO	Dependiente de "Se le realizó 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	NO	Dependiente de "Se le realizó la primera ecografía a la gestante?" en opción 1 = Sí
La gestante terminó el embarazo?	GES_TER_EM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	
Fecha de terminación del embarazo	FEC_TER_EM	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	NO	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí
Perímetro cefálico	PER_CEFALI	2	Número	>=0 AND <= 99	NO	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
¿se realizó necropsia clínica?	AUTOPSIA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante terminó el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opción 2



Zika (Cod. 895)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
¿hay presencia de defectos congénitos?	DEF_CONGEN	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí
¿se tomó muestra de suero?	MUE_SUERO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí Dependiente de "Condición final del producto del embarazo" en opciones 2 o 3
¿se tomó muestra de cordón umbilical?	MUE_CORDON	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "La gestante termino el embarazo" en opción 1 = Sí 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	



Zika (Cod. 895)

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	
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	
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	



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	
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	SI	



Chikungunya (Cod. 217)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
Muestras - Riñón	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	



Chikungunya (Cod. 217)

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	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	DIARREA	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
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	
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	SI	



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	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	
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	
Reingreso	REINGRESO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Paciente remitido	REMITIDO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Caso de IAD otras instituciones	CASO_EXTRA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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	NO	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)	NO	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 = IST U-AC 3 = IT S-AC	SI	
Criterio de clasificación para NAV	CRIT_NAV	1	Texto	1 = NEU 1 2 = NEU 2 3 = NEU 3	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 1



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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Criterio de clasificación para ITS AC	CRIT_ITSAC	1	Texto	1 = criterio 1 2 = criterio 2 3 = criterio 3	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 3
Criterio de clasificación para IST UAC	CRIT_ISTUA	1	Texto	1 = criterio 1a 2 = criterio 2a 3 = criterio 3 4 = criterio 4	NO	Dependiente de "Tipo de IAD" en opción 2
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	
IAD polimicrobiana	IAD_POLIM	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	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)	NO	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)	NO	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)	NO	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)	NO	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)	NO	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 Cateter 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)	NO	Dependiente de "Tipo de dispositivo insertado - Cateter urinario" en opción 1
Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Corticoterapia	CORTICOTER	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	
Diálisis	DIALISIS	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	
Parálisis	PARALISIS	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	
Quimioterapia	QUIMIOTERA	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	

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

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Otro	OTRO_FACT	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Cuál?	CUAL_FACT	30	Texto	Texto	NO	Depende de "Otro" en opción 1=sí
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, 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	
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	NO	Obligatoria si "Tipo de UCI relacionado con la ocurrencia del evento" es 3

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	
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	SI	
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	1 = Número del documento señalado.	SI	



Tuberculosis (Cod. 813)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 = Meningea 3 = Peritoneal 4 = Ganglionar 5 = Renal 7 = Intestinal 8 = Osteoarticular 9 = Genitourinaria 10 = Pericardica 11 = Cutánea 12 = Otra	NO	Dependiente de "Tipo de tuberculosis" en opción 2
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 = Tras recaída 3 = Tras fracaso 4 = Paciente recuperado tras pérdida al seguimiento 5 = Otros pacientes previamente tratados 6 = Tratado con medicamentos de 1a línea 7 = Tratado con medicamentos de segunda línea	NO	No aplica si la condición es sensible y su clasificación de caso según antecedente es 1=Nuevo
¿Es trabajador del area de la salud?	TRAB_SALUD	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Ocupación del trabajador del area de la salud	NOMB_OCUPA	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de ¿Es trabajador del area de la salud? En la opción 1=Sí
Paciente cuenta con Diagnóstico confirmado de VIH	PREV_VIH	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Tuberculosis (Cod. 813)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Peso actual (Kg)	PESO_ACT	5	Número	>=2.0 and <=250.0	SI	
Talla (m)	TALLA_ACT	4	Número	>=0.20 AND <=2.5	SI	
IMC (Índice de masa corporal)	IMC	6	Número	Variable automática a partir de la siguiente fórmula= peso / (talla) ² El resultado incluye decimale	SI	
Baciloscopia	BACILOSCOP	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado baciloscopia	RES_BK	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "baciloscopia", 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	NO	Dependiente de "Cultivo", en opción 1 = Sí
Se utilizó prueba molecular para la confirmacion de caso	PRUEB_MOLE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Resultado Prueba molecular	RES_PR_MOL	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	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 canettii	NO	Dependiente de "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí o "Resultado cultivo" en opción 1=sí (o ambas)
Histopatología	HIST OPAT OL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Tuberculosis (Cod. 813)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado histopatología	RESHISTOPA	1	Texto	1 = Positivo 2 = Negativo	NO	Dependiente de "Histopatologia", en opción 1 = Sí
Ayudas diagnosticas utilizadas para la configuración del caso Cuadro clínico	CUADRO_CLI	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	RADIOLOGIC	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	
Diabetes	DIABETES	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Silicosis	SILICOSIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Enfermedad renal	ENFE_RENAL	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
EPOC	EPOC	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Enfermedad hepática	ENFE_HEPAT	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Cáncer	CANCER	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Artritis	ARTRITIS	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	
Desnutrición	DESNUTRICI	1	Texto	1 = Si 2 = No	SI	

Tuberculosis (Cod. 813)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de confirmación de TBFR	FEC_CONF	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Solo aplica si la condición es resistente y en ese caso es obligatoria. Dependiente de "Resultado cultivo" en opción 1=sí o "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí (o ambas) Valor mayor o igual a la fecha de consulta
PSF	PSF	1	Texto	1 = Sí 2 = No	NO	Dependiente de "Resultado cultivo" en opción 1=sí o "Resultado Prueba molecular" en opción 1=sí (o ambas)
Clasificación del tipo de resistencia	TIPO_RESIS	1	Texto	1 = Monoresistencia 2 = MDR - (H,R) 3 = Poliresistente 4 = XDR (Quinolonas y Inyectables) 6 = En proceso de clasificación 7 = Resistencia a rifampicina (R) 8 = pre XDR ((Quinolonas o Inyectables)	NO	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 al cual es resistente Primera Linea S : Estreptomicina	ESTREPTOMI	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,3
Resultado Medicamento Primera Linea H: Isoniazida	ISONIAZIDA	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	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	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 2,7



Tuberculosis (Cod. 813)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Resultado Medicamento Primera Linea E: Etambutol	ETAMBUTOL	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,3
Resultado Medicamento Primera Linea Z: Pirazinamida	PIRAZINAMI	1	Texto	1= Sensible 2 = Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 1,3
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea Q : Quinolonas	QUINOLAS	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 4,8
Resultado Medicamento al cual es resistente Segunda Linea I : Inyectables	INYECTABLE	1	Texto	1= Sensible 2= Resistente 3= No realizado	NO	Dependiente de "Clasificación del tipo de resistencia" en opciones 4,8
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	



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, 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	



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	Número	Número	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	
Infección de sitio quirúrgico de Colectistomía en el mes - numerador	N_COLECIST	2	Número	>=0 AND <=99	NO	
Infección de sitio quirúrgico de Colectistomía en el mes - denominador	D_COLECIST	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Infección de sitio quirúrgico de Herniorrafia en el mes - numerador	N_HERNIORR	2	Número	>=0 AND <=99	NO	
Infección 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
Infección de sitio quirúrgico de Revascularización miocárdica con Incisión torácica y del sitio donante en el mes - numerador	N_REVASCUL	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infección de sitio quirúrgico de Revascularización miocárdica con Incisión torácica y del sitio donante en el mes - denominador	D_REVASCUL	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Infección de sitio quirúrgico de Cesárea - ISO en el mes - numerador	N_CESAREA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Infección de sitio quirúrgico de Cesárea - ISO en el mes - denominador	D_CESAREA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Endometritis post Cesárea en el mes - numerador	N_POSTCESA	2	Numérico	>=0 AND <=99	NO	
Endometritis post cesárea en el mes - denominador	D_POSTCESA	4	Texto	>=0 AND <=9999	NO	
Endometritis post parto 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	



Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectivo (Cod. 362)

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	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (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
Fuente de trasmisión - Agua	AGUA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fuente de transmisión - Alimentos	ALIMENTOS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuente de transmisión - Persona a persona	PERS_PERS	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuente de transmisión - Contaminación medio ambiental	CONT_AMBIE	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuente de transmisión - Otro diferente de agua y alimento	OTRO	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Fuente de transmisión - Desconocido	DESCONOCID	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Estado del brote	ESTADO_BRO	1	Texto	1 = Abierto 2 = Cerrado con identificación del agente 3 = Cerrado sin identificación del agente	SI	
Modo de transmisión - Oral	ORAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Modo de transmisión - Oral-fecal	ORAL_FECAL	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
Modo de transmisión - Cruzada	CRUZADA	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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	
Menores de 1 año - muertos	G1_MUERTOS	5	Texto	>=0	NO	
1 a 4 años - enfermos	G2_ENFERMO	5	Texto	>=0	NO	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
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	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
Alimentos implicados nombre del alimento (1)	ALIMENTO1	30	Texto	Texto	NO	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	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número de personas expuestas al alimento implicado 1	EXP_ALIM1	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (2)	ALIMENTO02	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)	ALIMENTO03	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)	ALIMENTO04	30	Texto	Texto	NO	
Número de personas enfermas al consumir el alimento implicado 4	ENF_ALIM4	5	Texto	>=0	NO	
Número de personas expuestas al alimento implicado 4	EXP_ALIM4	5	Texto	>=0	NO	
Alimentos implicados nombre del alimento (5)	ALIMENTO05	30	Texto	Texto	NO	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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	
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	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 - Dolor Abdominal	CAS_DOLABD	5	Texto	>=0	NO	
Signos y síntomas - Cefalea	CAS_CEFAL	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_MIALGI	5	Texto	>=0	NO	

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
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 - Ictericia	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	
Cuál otro signo y síntoma	CUAL_SYS	30	Texto	Texto	NO	Opcional dependiente de "Signos y síntomas - Otros" si > 0



Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Lugar de consumo implicado	LUGAR	1	Texto	1 = Hogar 2 = Establecimiento educativo 3 = Establecimiento militar 4 = Restaurante comercial 5 = Casino particular 6 = Establecimiento penitenciario 8 = Hotel 9 = Otros	SI	
Dirección	DIR_LUG	150	Texto		SI	
Agente identificado (1)	AGENTE1	2	Texto	Según lista de agentes	NO	
Agente identificado (2)	AGENTE2	2	Texto	Según lista de agentes	NO	
Agente identificado (3)	AGENTE3	2	Texto	Según lista de agentes	NO	
Agente identificado (4)	AGENTE4	2	Texto	Según lista de agentes	NO	
Agente identificado (5)	AGENTE5	2	Texto	Según lista de agentes	NO	
Total enfermos	TOTAL_ENF	6	Numérico	>=2	SI	
Total expuestos	TOTAL_EXP	6	Numérico	>=2	SI	
Total hombres	TOTAL_HOM	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	



Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos y vehiculizadas por agua, Hepatitis A, Fiebre Tifoide/Paratifoidea, Cólera (Cód. 349)

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	



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	
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	SI	

Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Número Identificación	NUM_IDE	17	Texto	Número del documento señalado.	SI	
Tipo de Agresión ó Contacto	TIP_AGR	1	Texto	1 = Mordedura 2 = Arañazo / Rasguño 3 = Lamedura de mucosa o piel lesionada por Contacto de mucosa o piel lesionada con saliva o baba infectada con virus rábico 6 = Contacto 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 organos 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	NO	Dependiente de "Tipo de Agresión ó Contacto" 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	

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 - Mano, Dedo	MAN_DED	1	Texto	1 = Sí 2 = No	SI	
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 = Murciélago 8 = Zorro 9 = Mico 10 = Humano 12 = Otros silvestres 13 = Ovino - caprino 14 = Grandes roedores	SI	
Vacunado	ANT_VAC	1	Texto	1 = Sí 2 = No 3 = Desconocido	NO	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2

Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de vacunación	FECHA_VAC	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	Dependiente de "Vacunado" en opción 1=Si
Presento carnet de vacunación	CAR_VAC	1	Texto	1 = Si 2 = No	NO	Dependiente de "Vacunado" en opción 1=Si
Nombre del propietario del animal	NOM_PRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2
Dirección del propietario	DIR_PRO	30	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2
Teléfono del propietario	TEL_PRO	40	Texto	Texto	NO	Dependiente de "Tipo 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	NO	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2
Estado del animal al momento de la consulta del paciente	ESTADO_ANI	1	Texto	1 = Vivo 2 = Muerto 3 = Desconocido	NO	Dependiente de "Especie agresora" en opción 1 o 2
Ubicación del animal agresor	UBICACION	1	Texto	1 = Observable 2 = Perdido	NO	Dependiente de "Tipo de agresor" en opciones 1 o 2
Tipo de exposición	TIP_EXP	1	Texto	0= No exposición 1 = Exposición leve 2 = Exposición grave	SI	En el caso que la persona digite las opciones 7, 8, 9 y 12 de la variable 6.2 (tipo de agresor), debe crearse un filtro para que se verifique que el tipo de exposición (variable 6.11) sea GRAVE (6.11.2). Si por alguna razón la persona clasificó como no ex
Suero antirrábico	SUE_ANT	1	Texto	1 = Si 2 = No 3 = Desconocido	SI	



Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)

NOMBRE LÓGICO	NOMBRE DEL CAMPO	LONG	TIPO	VALORES PERMITIDOS	OBLIG	VALIDACIÓN
Fecha de aplicación	FEC_APL	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	NO	Dependiente de "Vacuna antirrábica" si es igual a 1
Fecha de ultima dosis	F_ULT_DOS	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año-Mes-Día separados por guiones) (Norma ISO 8601, NTC 1034)	NO	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	



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

Agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia (Cod. 300)

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	