



# **LINEAMIENTOS PARA LA GENERACIÓN, VALIDACIÓN Y ENVÍO DEL REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD - RIPS, COMO SOPORTE DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA - FEV EN SALUD**

**Ministerio de Salud y Protección Social  
Viceministerio de Protección Social**

**Bogotá, D.C., marzo de 2025  
Versión 3.1**

**GUSTAVO PETRO URREGO**  
Presidente de la República

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ**  
Ministro de Salud y Protección Social

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**  
Viceministro de la Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación Social

**RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA**  
Secretario General (E)

**JHON EDISON BETANCUR ROMERO**  
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas  
del Aseguramiento en Salud (E)

**MARGARITA MARÍA ESCUDERO OSORIO**  
Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud,  
Riesgos Laborales y Pensiones

**OTONIEL CABRERA ROMERO**  
Director de Financiamiento Sectorial

**DIDIER ANIBAL BELTRAN CADENA**  
Jefe Oficina de Tecnología de Información y Comunicaciones (E)

## Autores

Adriana Abadía Salazar

Adriana Yaneth Escobar Díaz

Antonio José Romero Vergara

Carlos Humberto Pérez Vesga

Claudia Janeth Merchán Grajales

Carlos Sanabria Buitrago

Danilo Bonilla Morales

Edgar Arnelson Torres Triviño

Germán Alfredo Gil Forero

Gustavo Adolfo Rodríguez Benavides

Jacqueline Becerra Silva

Juan Pablo Rojas Solarte

Mateo Trujillo Segura

Shirley Mildred Quiroga Mendoza

Wilmer Camilo Bernal Rodríguez

## Contenido

<b>CONTROL DE CAMBIOS .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD .....</b>	<b>10</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2. PROPÓSITO Y ALCANCE.....	14
1.3. PLAN DE TRANSFORMACION DIGITAL .....	16
1.4. SIGLAS .....	16
1.5. NORMATIVA.....	17
<b>CAPÍTULO 2. MODELO FUNCIONAL .....</b>	<b>20</b>
2.1. PARTICIPANTES.....	20
2.1.1. FACTURADORES ELECTRÓNICOS EN SALUD .....	21
2.1.2. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN .....	23
2.1.3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MinSalud .....	23
2.1.4. ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTROS PAGADORES .....	24
2.2 PROCESOS .....	25
2.2.1. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA FEV EN SALUD Y DEMÁS SOPORTES .....	30
2.2.2. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA CRÉDITO .....	32
2.2.2.1. ANULACIÓN DE FACTURAS.....	33
2.2.2.2. AFECTACIÓN DE FACTURAS.....	34
2.2.3. GENERACIÓN DE RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA DÉBITO .....	35
2.2.3.1. SERVICIOS NO FACTURADOS POR EL PSS .....	35
2.2.4. GENERACIÓN DE RIPS PARA NOTA AJUSTE DE RIPS .....	35
2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA .....	36
2.2.6. GENERACIÓN DE FACTURA CAPITA .....	36
2.2.7. GENERACIÓN DE NOTA CRÉDITO SIN RIPS .....	38
2.2.8. SOBRE EJECUCION DEL CONTRATO .....	39
<b>CAPÍTULO 3. GENERACIÓN DE LOS DATOS.....</b>	<b>41</b>
3.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA GENERACIÓN DE LOS DATOS DE RIPS .....	42
3.1.1. DATOS RELATIVOS A LA TRANSACCIÓN .....	42
3.2. DATOS RELATIVOS A LOS USUARIOS.....	43
3.3. DATOS RELATIVOS AL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS DE SALUD Y A LOS VALORES FACTURADOS.....	46
3.3.1. DATOS DE LAS CONSULTAS .....	46
3.3.2. DATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS .....	53
3.3.3. DATOS DE LA URGENCIA CON OBSERVACIÓN .....	56
3.3.4. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN.....	56
3.3.5. DATOS DE RECIÉN NACIDO .....	56
3.3.6. DATOS DE MEDICAMENTOS .....	57
3.3.7. DATOS DE OTROS SERVICIOS .....	59

<b>CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN DE LOS DATOS.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1. MECANISMO DE VALIDACIÓN .....</b>	<b>63</b>
4.1.1. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR .....	63
4.1.2 SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES .....	75
4.1.3. PROCESO DE VALIDACIÓN DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD .....	80
<b>4.2. RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.1. VALIDACIONES GENERALES DEL RIPS. ....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.1.1. ESTRUCTURA Y SINTAXIS .....</b>	<b>81</b>
4.2.2. VALIDACIONES POR CAMPO DEL RIPS .....	84
4.3. VALIDACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE FACTURACION (INVOICE, CREDITNOTE, DEBITNOTE, APPLICATIONRESPONSE, ATTACHEDDOCUMENT) .....	96
<b>4.4. OTROS LINEAMIENTOS .....</b>	<b>109</b>
<b>4.4.1. ANTICIPOS SOBRE LA FEV EN SALUD .....</b>	<b>109</b>
<b>4.4.2. RIPS SIN FACTURA.....</b>	<b>109</b>
<b>4.4.3. NOTA CRÉDITO Y DÉBITO CON REFERENCIAS A FACTURAS. ....</b>	<b>110</b>
<b>4.4.4. PREPARACIONES MAGISTRALES .....</b>	<b>110</b>
<b>4.4.5. URGENCIAS CON OBSERVACION .....</b>	<b>111</b>
<b>4.4.6. TIPOS DE OPERACIÓN.....</b>	<b>111</b>
4.4.6.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA .....	111
4.4.6.2. NOTAS CRÉDITO.....	114
4.4.6.3. NOTAS DEBITO .....	115
<b>4.5. SERVICIOS DISPUESTOS PARA ERP Y DEMAS PAGADORES. ....</b>	<b>115</b>
4.5.1. CONSULTA DEL CUV POR PARTE DE LAS ERP - Y DEMÁS PAGADORES. .....	115
4.5.2. DESCARGA DE ARCHIVOS XML Y RIPS POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGOS Y DEMÁS PAGADORES .....	116
<b>CAPÍTULO 5. ENVÍO DE LOS DATOS .....</b>	<b>116</b>
<b>5.1. REQUERIMIENTOS DEL CERTIFICADO DIGITAL.....</b>	<b>117</b>
<b>5.2. MECANISMO DE ENVÍO .....</b>	<b>117</b>
5.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR. .....	117
5.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES .....	123
5.3 MENSAJES .....	128
5.3.1. AUTORIZACIÓN ESPECIAL EN CASO DE QUE POR INTERRUPCIONES DE LA CONECTIVIDAD NO SE RETORNE EL CUV. ....	130
<b>CAPÍTULO 6. CONTINGENCIA.....</b>	<b>130</b>
<b>CAPÍTULO 7. MESA DE AYUDA .....</b>	<b>132</b>
<b>7.1. CANALES DE COMUNICACIÓN .....</b>	<b>132</b>
<b>7.2. ACUERDOS DE NIVEL DE SERVICIO.....</b>	<b>132</b>

7.2.1. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 1 .....	133
7.2.2. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 2 .....	134
<b>7.3. PREGUNTAS FRECUENTES .....</b>	<b>135</b>

## **Tabla de ilustraciones**

Ilustración 1 Interoperabilidad de Sistemas MinSalud .....	10
Ilustración 2 Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en Salud .....	20
Ilustración 3 Figuras que componen los procesos .....	26
Ilustración 4 Proceso general de generación y flujo de información entre participantes .....	27

# CONTROL DE CAMBIOS

PAGINA	TEMA	JUSTIFICACION	Versión
34	Inclusión nota crédito por concepto de copagos y cuotas moderadoras	Los recaudos del último mes se informan en RIPS sin factura, pero deben tener una solución contable que no quedó prevista	3.1
40	Corrección valor para el campo T03 Tipo de Nota en caso de RIPS sin Factura	En la versión anterior quedó por error SF y la herramienta está parametrizada con RS.	3.1
46	Inclusión de comentario para el tipo de consulta, enfatizando que aquí van también los CUPS de las categorías 8905 y 8906 que corresponden a Junta Médica y Cuidado intrahospitalario	Se requiere para dar claridad a la modificación siguiente respecto de la posibilidad de incluir copagos en los datos de consulta	3.1
51	Inclusión posibilidad de registro código 01 (copago) en el campo C18	Los CUPS de las categorías 8905 y 8906 no están incluidos como obligatorios de cuotas moderadoras en el Decreto 1652 de 2022 y por tanto no tienen prohibido el cobro de copagos.	3.1
52	Exclusión de la mención hecha a "(medicamentos de control especial, medicamentos monopolio del Estado y procedimientos de odontología señalados en la Circular Externa 003 de 2024 o la que modifique o sustituya)" en campo P03,	Se está hablando de procedimientos y no de medicamentos y que la Circular 03 de 2024 perdió vigencia el 31 de diciembre de 2024	3.1
56	Se incluye la posibilidad de que las preparaciones magistrales puedan tener un único principio activo campo, aplicable a campos M09 a M12	Los prestadores han hecho notar esta situación y la Dirección de Medicamentos concedió la razón. Queda pendiente un ajuste en la extensión del campo M10 así como en la posibilidad de aceptar decimales, lo cual implica también cambiar el tipo de número a cadena. No se incluye porque está en construcción con la Dirección de Medicamentos y requiere desarrollos informáticos.	3.1

125	Se incluye el numeral 5.3.1 AUTORIZACIÓN ESPECIAL EN CASO DE QUE POR INTERRUPCIONES DE LA CONECTIVIDAD NO SE RETORNE EL CUV.	Para dar cabida a la posibilidad de que en caso de rechazo por ya haber sido transmitido el conjunto de información, se registre el CUV para las situaciones en que fue exitosa la validación, pero no se descargó el código	3.1
-----	--	--	-----

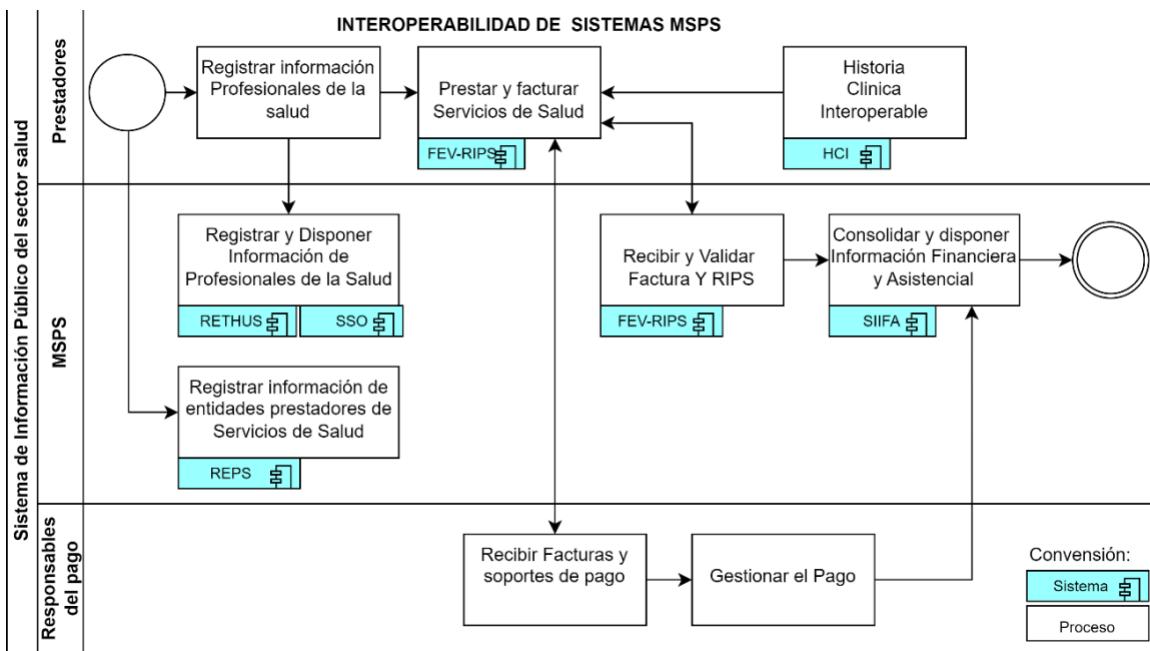
# CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), como entidad responsable de la gobernanza y el liderazgo del sistema de salud colombiano, adelanta un plan de transformación digital<sup>1</sup> que tiene como horizonte la estructuración de un Sistema de Información Público basado en la interoperabilidad de los distintos sistemas de información y registros que coexisten, sectorial e intersectorialmente, integrando plataformas informáticas para acrecentar la eficiencia de los diferentes procesos administrativos, financieros y asistenciales, en beneficio de las personas, las familias, las instituciones y los territorios.

Dentro de estos sistemas de información, resaltan por su trascendencia en la realización de la garantía del derecho fundamental a la salud, entre otros, la Historia Clínica Electrónica Interoperable – HCI, el Sistema de Afiliación Transaccional -SAT, el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS, y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS como soporte obligatorio de la Factura Electrónica de Venta-FEV en salud.

*Ilustración 1 Interoperabilidad de Sistemas MinSalud*



Fuente: Elaboración propia, MinSalud, 2023

<sup>1</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Plan-de-Transformacion-Digital-MSPS-2020-2022.pdf>

La generación de información a partir de la Historia Clínica Electrónica, dispuesta de manera organizada y asociada a la interoperabilidad de los sistemas de información existentes o en proceso de implementación, se constituye entonces en la piedra angular del desarrollo del Sistema de Información Público del sector salud, por su capacidad de abarcar desde estos registros, a la totalidad de prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, y a los pagadores en sus diferentes relacionamientos contractuales y fuentes de financiación (ADRES, Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, regímenes especiales o de excepción, SOAT, ARL, medicina prepagada, práctica privada, etc.).

En esta ruta, el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo a la obligatoria masificación del sistema de facturación electrónica implementado para todos los sectores económicos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN, y adelantando el proceso de reglamentación del artículo 15 de la Ley 1966 de 20192, donde se establece que el único documento válido para efectuar el cobro de servicios y tecnologías de salud prestados es la Factura Electrónica de Venta –FEV- en salud con validación previa de la DIAN, y que el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud -RIPS es obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, expidió la Resolución 2275 de 2023. Esta norma, que apropió los campos de datos del sector salud adicionales a la generación de la FEV, también integró el RIPS como fuente de información y soporte del detalle de los servicios y tecnologías de salud objeto de facturación, y, además, estableció por primera vez como hito dentro del sector salud, el proceso de radicación de la FEV en salud (capítulo 3, artículos 13 y 14, Resolución 2275 de 2023), punto de partida para el trámite de reconocimiento y pago de la atención brindada.

El relacionamiento de la información administrativa y financiera de la factura de venta en salud validada previamente por la DIAN, con la información asistencial del RIPS validado a través del mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes de ley (estos últimos enviados solamente al pagador), aportan la información suficiente y necesaria para que una vez transmitida electrónicamente al pagador a través de canales que garanticen su autenticidad, se dispare el hito de radicación de la factura. A partir de este hecho, se inicia el proceso de reconocimiento y pago de la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, atendiendo los tiempos y términos definidos en la ley, optimizándolo y dándole trazabilidad, permitiendo, además, la consolidación de información para el seguimiento de la condición de salud del país y de la prestación de servicios, teniendo en cuenta, entre otras el comportamiento de variables demográficas, epidemiológicas y financieras necesarias en la gestión de la salud pública, así como de la información base de los procesos de dirección, regulación y control del SGSSS y del sector salud en general.

Con miras a procurar los plazos para llevar a cabo esta transición fundamental, la Resolución 2275 de 2023 fue aplazada por la Resolución 558 de 2024, para el 1 de

<sup>2</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=97190>

octubre de 2024, y a su vez por la Resolución 1884 de 2024 estableciendo un proceso de transición gradual según la complejidad del prestador y se definieron una serie de actividades durante los meses previos al inicio de la vigencia, entre los que se cuentan la actualización del micrositio de factura electrónica del Ministerio de Salud y Protección Social, la realización de pruebas piloto para instalación y autenticación del mecanismo único de validación, validación y transmisión de archivos en las distintas modalidades: FEV, con RIPS, NC total sin RIPS; NC Parcial con RIPS, RIPS sin FEV, FEV sin RIPS y el desarrollo del módulo y funcionalidades para los contratos por la modalidad de capitación, así como el ajuste al documento de lineamientos técnicos para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la factura.

En el contexto de la Ley 1966 de 2019, también debe resaltarse que, el RIPS como soporte de la FEV en salud, se constituye en un conjunto de información que aporta de manera decisiva en la implementación del Registro de Contratación y el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial –SIIFA, de que tratan los artículos 3 y 4 de la citada ley, herramientas que permitirán construir una arquitectura de información completa con las funcionalidades operativas y transaccionales del sector salud, siendo este conjunto de información del RIPS y la FEV en salud (y sus documentos electrónicos relacionados), los instrumentos a través de los cuales es posible efectuar en el SIIFA, la actualización de las diferentes etapas que surten el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud desde su realización, facturación, y aplicación de devoluciones, glosas y respuestas, hasta la generación de las notas crédito o débito que llevan a la aceptación y pago de la factura. Estos sistemas de información interoperables, que se integrarán al Sistema de Información Público, promueven la transparencia al dar cuenta precisa del flujo de recursos y el estado del trámite de las FEV en salud, conciliando la información financiera y asistencial de los servicios y tecnologías contratados, prestados, facturados, glosados y pagados, abriendo la posibilidad de adelantar el seguimiento y evaluación del uso de estos recursos y su impacto en el estado de salud de las personas.

A su vez, como se advierte, los RIPS constituyen una fuente esencial de datos para la definición de la política pública en razón a la capacidad de consolidar el relacionamiento entre la prestación o provisión de tecnologías en salud con el reconocimiento y pago de las mismas, conforme lo cual es dable acceder a la información detallada por usuario, conociéndose con oportunidad el comportamiento de este relacionamiento de los diferentes participantes del sistema de salud y del sector salud en general.

La información que progresivamente se consolide y los históricos utilizables, deberá estar disponible para todos los participantes del sector salud y la población en general a través del Sistema de Información Público, conforme lo cual, entidades y personas tendrán acceso al conjunto de datos o a los reportes que requieran para el cumplimiento de las funciones y competencias que les han sido determinadas por la ley o para el ejercicio ciudadano del derecho fundamental a la salud.

En el presente documento se definen los aspectos operativos y tecnológicos para la generación, validación y transferencia de datos del RIPS como soporte de la FEV en

salud, estableciéndose en detalle los lineamientos para mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de estos, así como los estándares para la debida implementación de la normatividad por parte de los facturadores electrónicos del sector salud. Para el efecto, es fundamental que estos facturadores electrónicos del sector salud y las entidades obligadas a generar el RIPS, según les corresponda, incorporen estos lineamientos a sus procesos y adapten las herramientas y soluciones informáticas que los soportan, para asegurar el registro, validación y envío correcto de los datos a las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores y al Ministerio de Salud y Protección Social.

En el micrositio de Factura Electrónica de Venta en Salud, se encontrará la versión vigente de estos lineamientos y de los documentos y herramientas técnicas emitidos por el Ministerio, cuyas actualizaciones están relacionadas con la forma de cómo se deben registrar y validar los diferentes datos, y las especificaciones para el envío de estos.

Para mejor entendimiento del lector, el presente documento, se compone de 7 capítulos.

En el capítulo 1, sobre GENERALIDADES Y NORMATIVIDAD, se realiza una contextualización al lector en el escenario operativo del proceso de facturación electrónica de venta y de generación del RIPS como soporte de esta, la organización y funcionamiento de los sistemas de información específicos y relacionados, existentes y por desarrollar, en aras de implementar el mecanismo único de validación del RIPS y la factura electrónica de venta. Se establece igualmente el alcance del documento, centrándolo en la utilización y aprovechamiento de los campos de datos de la FEV en salud y del RIPS; se presenta el Plan de Transformación Digital que lleva a cabo el Ministerio y la integración al Sistema de Información Público de los sistemas de información que soportan la facturación electrónica del sector salud, los RIPS y el mecanismo único de validación.

En el capítulo 2 sobre el MODELO FUNCIONAL, se representan las principales actividades que deben realizar las entidades participantes del proceso de generación, validación y reporte del RIPS como soporte obligatorio de la FEV en salud, teniendo en cuenta el relacionamiento a partir de acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud (relación facturador electrónico del sector salud y su pagador), así como la atención en salud sin que medie un contrato y la obligación de reporte del RIPS por parte de entidades que no corresponden a facturadores electrónicos del sector salud; además, se describen los aspectos vinculantes de la normatividad DIAN para el proceso de FEV en salud, y el rol de las entidades de dirección, financiamiento e IVC en el proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.

En el capítulo 3, sobre la GENERACIÓN DE LOS DATOS, se hace una explicación detallada de los campos de datos que componen el RIPS, para orientar sobre el relacionamiento de estos frente a los campos de datos contenidos en la FEV en salud, con el fin de permitir la articulación del conjunto de información administrativa, financiera y asistencial. Se detallan aspectos relevantes del dato que se debe informar para cada campo en cuanto a su estructura, contenido y relación, precisando el uso de las opciones

disponibles en las tablas de referencia SISPRO, y en caso de ser necesario, documentando la actualización de las opciones de diligenciamiento de dichas tablas, de manera que los participantes del proceso puedan consultar las versiones vigentes de las mismas.

En el capítulo 4, relacionado con la VALIDACIÓN DE LOS DATOS, se detallan cada una de las validaciones que se le aplicarán al RIPS por parte del mecanismo único de validación implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Aquí se detallan todas las reglas de validación dispuestas en la Resolución 2275 de 2023, para las cuales, en cada una de ellas, se definió una condición con efecto de rechazo o notificación, determinándose en aquellas de rechazo el no cumplimiento y la consecuente no generación del código único de validación - CUV del RIPS como soporte de la factura, necesario para avanzar en la radicación de la FEV en Salud con sus soportes. Por su parte, las reglas de notificación permiten informar eventuales inconsistencias del dato, susceptibles de ajuste, sin que se impida el proceso de radicación. Cuando se cumplen las reglas que generan rechazo, el mecanismo único de validación expide el código único de validación - CUV.

Dentro del capítulo 5, se desarrolla ENVÍO DE LOS DATOS por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, contenidos en la FEV en Salud (en formato XML) y el RIPS (en formato JSON), con destino hacia el mecanismo único de validación para su procesamiento y respuesta. Una vez obtenido el código único de validación - CUV, el facturador electrónico del sector salud debe remitir el conjunto de información conformado por la FEV en salud y el RIPS validados, junto con los demás soportes determinados en el acuerdo de voluntades, sin sobrepasar el máximo definido en la normatividad.

En el capítulo 6, se detalla el PLAN DE CONTINUIDAD que se activará ante cualquier eventualidad del mecanismo único de validación del RIPS, detallándose de manera general y específica la secuencia de actividades que se desplegarán según las diferentes causas o situaciones que se presenten (contingencias de la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social), y las responsabilidades que deben asumirse en estos casos por todas las entidades participantes en el proceso.

Para el capítulo 7, se disponen los aspectos relacionados con la MESA DE AYUDA; se detallan los canales de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención de novedades que se puedan llegar a presentar al momento de la transmisión de la información a través del mecanismo de validación y los tiempos de respuesta. Se incluirá una guía de las principales causas de los errores en el proceso y las soluciones que se deben implementar.

## 1.2. PROPÓSITO Y ALCANCE

Con el presente documento, el Ministerio de Salud y Protección Social da cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 21, Transición de la Resolución 2275 de 2023, en cuanto a

la obligación de elaborar y publicar un documento de lineamientos técnicos para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud.

Su alcance es el de identificar la secuencia de procesos y el detalle de las actividades que deben desarrollarse por los facturadores electrónicos del sector salud para generar, validar y enviar el RIPS como soporte de una FEV en salud bajo cualquier modalidad de contratación, especificando cómo deben utilizarse los campos de datos definidos en la norma para que el facturador electrónico en salud informe y envíe cada uno de estos campos, identificándolo mediante consecutivos que asocian al usuario y el registro del servicio a nivel de código, para todos los servicios y tecnologías de salud objeto de facturación. Así mismo, se ilustra el manejo al interior del RIPS como soporte de la FEV en salud, de las eventuales causas de devoluciones, glosas (u objeciones) y respuestas, que surgen en desarrollo de los acuerdos de voluntades suscritos, conforme a las definiciones establecidas en la normatividad vigente. Incluye, igualmente, las particularidades que deben seguirse en este proceso por las entidades obligadas a generar y reportar el RIPS sin factura.

La identificación detallada de las diferencias en el proceso de facturación, al estar enlazadas mediante los consecutivos del usuario y el registro del servicio, permite acceder a los campos del RIPS del servicio facturado sobre el cual se presenta la glosa u objeción, permitiendo a las partes diligenciar a este nivel de detalle los reportes de glosas y de respuesta de glosas, componiéndose finalmente un minucioso lenguaje común (estandarizado), que debe ser utilizado en los procesos de auditoría de cuentas médicas, esperando como resultado la digitalización, automatización y agilización del trámite de reconocimiento y pago de las atenciones.

Esta interacción que regularmente se da entre el facturador electrónico del sector salud y sus pagadores, al ser parte del proceso de facturación electrónica, igualmente será transmitida al Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA, para permitir la trazabilidad de la FEV en salud, en cuanto a los tiempos de trámite de las facturas, los servicios y valores involucrados, facilitando la realización de notas de crédito o débito, el pago oportuno de los servicios al facturador electrónico del sector salud y la consolidación del estado de cuenta del flujo de recursos en el sistema de salud.

Los lineamientos contenidos en el presente documento, estarán en continua revisión y sus versiones podrán ser actualizadas con base en las observaciones, recomendaciones y necesidades generales de los participantes del sistema de salud, atendiendo además, a la dinámica propia de las actividades reglamentarias sectoriales que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social, particularmente las relacionadas con la interoperabilidad de los sistemas de información, la modificación de las fuentes y campos de datos, o de las plataformas informáticas que soportan el proceso de facturación electrónica y la generación del RIPS como soporte de la misma, así como del análisis de los datos registrados cuyo resultado derive en la necesidad de mejoramiento del proceso. Las observaciones, sugerencias e inquietudes que se presenten sobre el documento deben dirigirse a la mesa de ayuda según lo dispuesto en el numeral 7.1. CANALES DE

## COMUNICACIÓN

### 1.3. PLAN DE TRANSFORMACION DIGITAL

El proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud y su mecanismo único de validación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, acoge el Decreto 1008 del 14 de junio de 2018, por el cual se establecen los lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital y se subroga el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. En estas normas, bajo el principio de la seguridad de la información, se establece como elemento de la Política de Gobierno Digital, el Manual de Gobierno Digital, señalado en el Artículo 2.2.9.1.2.2, el cual define los lineamientos, estándares y acciones a ejecutar por parte de los sujetos obligados de esta Política de Gobierno Digital.

### 1.4. SIGLAS

ADRES Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud EPS Entidad Promotora de Salud.

ERP Entidad Responsable de Pago.

ET Entidad Territorial

FEV Factura Electrónica de Venta

IVC Inspección Vigilancia y Control

MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. PB Plan de Beneficios.

PM Presupuesto Máximo

PIC Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas. PSS Prestador de Servicios de Salud.

PTS Proveedor de Tecnologías en Salud

RIAS Ruta Integral de Atención en Salud.

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

SIIFA Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial SNS Superintendencia Nacional de Salud.

UPC Unidad de Pago por Capitación.

## 1.5. NORMATIVA

Para adelantar el proceso de factura electrónica de venta - FEV en Salud y RIPS, soporte de esta, debe tenerse en cuenta el siguiente marco normativo, sin que el mismo sea exhaustivo, en la medida en que existen normas complementarias aplicables al proceso.

<b>NORMA</b>
Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Artículo 173
Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 13, literal D y artículo 44, parágrafo 2.
Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículos 56, 57, 112, 114, 116 y 130.
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
Ley 1753 de 2015, "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Artículo 65.
Ley 2015 de 2020 "Por medio del cual se crea la historia clínica interoperable y se dictan otras disposiciones". Artículo 3.
Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022. "pacto por Colombia, pacto por la equidad". Artículo 243.
Ley 1966 de 2019 "Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículos 3, 4 y 15.
Resolución 866 de 2021 "Por la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones". Artículo 8.
Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".
Capítulo 4 Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT. Artículo 2.6.1.4.1 y siguientes.
Título 4: Planes Voluntarios de Salud. Artículo 2.2.4.1 y siguientes, Artículo 2.2.4.1.20, Artículo 2.2.4.1.30, Artículo 2.2.4.1.35"

Decreto 441 de 2022

“Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de

2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”.  
Artículo 2.5.3.4.4.1

Resolución 3047 de 2008

“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser

implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”

Resolución 1405 de 2022

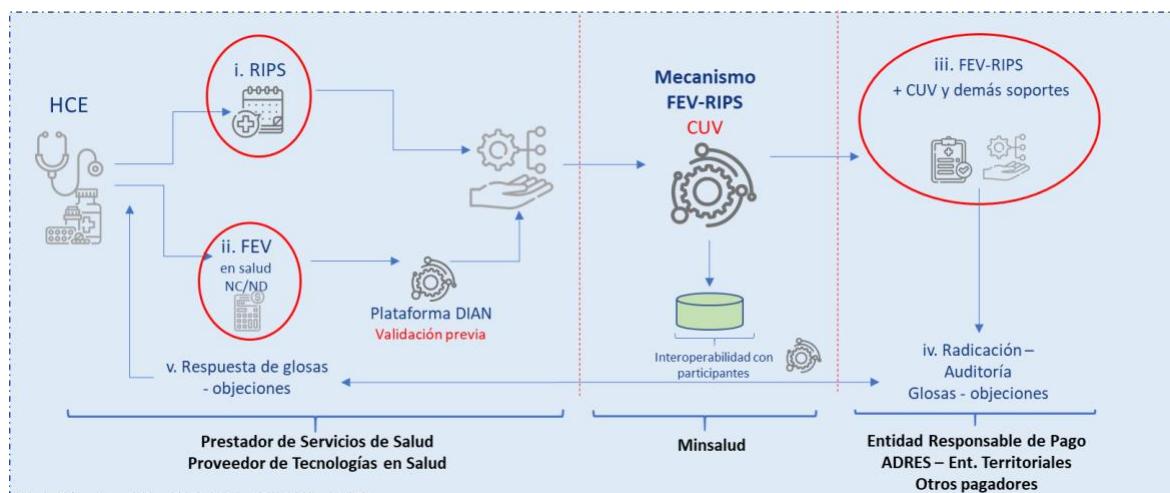
NORMA
"Por medio de la cual se estructura e implementa el estándar semántico y la codificación para dispositivos médicos de uso humano y reactivos de diagnóstico in vitro"
Resolución 1403 de 2007.
"Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones"
Resolución 2275 de 2023
"Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud y se dictan otras disposiciones"
Resolución 558 de 2024
Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación
Resolución 2284 de 2023
Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2335 de 2023
Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1884 de 2024
Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1885 de 2024
Por la cual se modifica la Resolución 2284 de 2023 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1886 de 2024
Por la cual se modifica la Resolución 2335 de 2023, modificada por la Resolución 636 de 2024 y se dictan otras disposiciones

# CAPÍTULO 2. MODELO FUNCIONAL

En el presente capítulo se presenta el modelo funcional desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual pretende representar las diferentes actividades relacionadas con la FEV en Salud y el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS sea cual sea la estructura organizativa, administrativa, funcional o tecnológica de las entidades participantes del proceso. Por lo tanto, este modelo tiene en cuenta la situación operativa, tecnológica y normativa presente que permita la adopción por cualquier entidad.

Para un mejor entendimiento del modelo funcional y de los procesos relacionados, a continuación, se diagrama el modelo funcional general.

*Ilustración 2 Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en Salud*



Fuente: Elaboración propia, MinSalud, 2023

## 2.1. PARTICIPANTES

En el contexto de estos lineamientos y las normas que lo soportan, se denominan participantes las entidades que hacen parte del modelo funcional. Estos participantes surgen principalmente de lo dispuesto en el artículo 2, “Ámbito de aplicación”, de la Resolución 2275 de 2023.

Es obligación de las entidades promotoras de salud, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, administradoras de riesgos profesionales y demás agentes, de acuerdo con sus responsabilidades, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara. Igualmente, es deber de los ciudadanos, como usuarios de los servicios de salud, proveer la información necesaria para su proceso de

atención en salud de manera veraz y oportuna.

### **2.1.1. FACTURADORES ELECTRÓNICOS EN SALUD**

Acogiendo lo definido en la Resolución 2275 de 2023, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud son facturadores electrónicos del sector salud.

En tal virtud, los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago y demás pagadores la factura electrónica de venta en salud con los soportes definidos en el acuerdo contractual, sin sobrepasar el listado máximo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS es soporte obligatorio para la radicación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **2.1.1.1 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - PSS**

Según el artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, se consideran como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y las entidades con objeto social diferente que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Ahora bien, se precisa que no son facturadores electrónicos del sector salud las entidades con objeto social diferente, los establecimientos carcelarios y penitenciarios que presten servicios de salud intramural y las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción establecidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. Cuando estos últimos voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y en virtud de la Resolución 2275 de 2023, están obligados a la generación y entrega del RIPS como soporte de la factura.

Así mismo, les corresponde la entrega de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS sin factura, a los organismos que realicen pilotos o estudios de investigación asociados con actividades que involucren la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.

Vale precisar que la obligación de adelantar el proceso de facturación electrónica atiende a lo establecido en el Decreto 358 de 2020 y las Resoluciones 042 de 2020, 012 de 2021 y Resolución 0165 de 2023, normas en las cuales se establecen dichas obligaciones, dentro de las que se exceptúan a las personas naturales que únicamente vendan servicios no gravados con IVA que hubieren obtenido ingresos totales por estas

actividades inferiores a las 3.500 UVT en el año anterior o en el año en curso. No obstante, cuando los profesionales independientes facturen a las entidades responsables del pago que están obligadas a recibir factura electrónica de venta, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 2275 de 2023, aunque no superen las 3500 UVT.

Ante las observaciones de los prestadores que realizan actividades estéticas excluidas de la financiación con recursos públicos y ante la ausencia de CUPS para estas tecnologías, estas prestaciones se deben facturar con la factura electrónica convencional validada por la DIAN, pero sin los campos adicionales del sector salud y no se soportarán con RIPS. Tampoco se exigirá su validación a través del Mecanismo único de Validación. Igual manejo se dará para las atenciones de medicina alternativa que no cuentan con CUPS y que son financiadas directamente por los pacientes.

#### **2.1.1.2. PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD – PTS**

La Ley 1955 de 2019, en su artículo 243, adicionó en el artículo 155 de la Ley 100 para incluir como participantes del sistema a los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos. A su vez, la Ley 1966 de 2019, en su artículo 2, parágrafo 1º, determinó que la participación de estas entidades abarca a las cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio cuando realicen la dispensación ambulatoria a los afiliados del SGSSS por encargo contractual de las EPS, IPS y otros actores del sistema.

El Decreto 441 del 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016, define los proveedores de tecnologías en salud como toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas competencias, las cuales, dependiendo del alcance de sus actividades, deberán cumplir con el proceso de facturación electrónica de venta en salud y RIPS como soporte.

Para efectos del reporte de RIPS como soporte de la factura electrónica de venta, los proveedores de tecnologías en salud deberán registrarse en [www.sispro.gov.co](http://www.sispro.gov.co) para que se les asigne el código por medio del cual deberán reportar los RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud. Los detalles del registro de los proveedores de tecnologías en salud y la obtención del código que los identifica como participantes del sistema (se asigna un código para la sede principal y los que se requieran para las demás sedes, a solicitud del PTS y de acuerdo a las necesidades de su proceso de facturación electrónica), se encuentran disponibles en los documentos “Guía autenticación mecanismo validación RIPS-FEV cliente-servidor” y “Guía instalación validador FEV-RIPS plataforma cliente - servidor”

Los proveedores de tecnologías en salud, obligados a realizar la FEV en salud y los RIPS soporte de la misma, para la ejecución de sus acuerdos de voluntades deberán hacer

uso de los canales transaccionales y los mecanismos de entrega y actualización de la información de que tratan los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016, que les permitan a las partes garantizar la interoperabilidad para el diligenciamiento y reporte de los RIPS, extrayendo datos del contratante o generando datos al mismo para el reporte y el cumplimiento de las condiciones establecidas en la Resolución 2275 de 2023.

### **2.1.2. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN**

La Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN) reglamentó la factura de venta, los documentos equivalentes y demás documentos asociados, indicando los requisitos del Estatuto Tributario que deben aplicarse para cada sistema de facturación, así como el sistema de facturación que deben adoptar los obligados a expedir factura de venta o documento equivalente.

Mediante la Resolución 042 de 2020 de la DIAN se determinó que todas las facturas electrónicas para su reconocimiento tributario deberán ser validadas previo a su expedición, por la DIAN o por un proveedor autorizado por esta. La factura electrónica solo se entenderá expedida cuando sea validada y entregada al adquiriente, y la responsabilidad de la entrega de la factura electrónica para su validación y entrega al adquiriente, una vez validada corresponde al obligado a facturar.

Es importante mencionar que, a través de la Resolución 042 de 2020, la DIAN incluyó una extensión propia para el sector salud en el anexo técnico versión 1.7 de facturación electrónica y los tipos de operación que aplican a la factura electrónica de venta (FEV) en salud. Esta resolución fue modificada por la Resolución 012 de 2021 de la DIAN, en la cual se implementó el anexo técnico 1.8, permitiendo la inclusión de campos de datos propios del sector salud adicionales a la generación de la factura electrónica de venta y la incorporación en la plataforma de validación previa de la DIAN de un método de cálculo que permite registrar los pagos moderadores recaudados por el facturador electrónico para restarlos del valor total de la factura.

El rol de la DIAN dentro del modelo funcional corresponde a la validación de la factura electrónica de venta y sus documentos electrónicos (nota crédito y nota débito) en cuanto a los requisitos establecidos en la normativa tributaria, y corresponde al Ministerio de Salud implementar los mecanismos de validación de los campos adicionales propios del sector salud, entre los cuales se encuentra la información de pagos moderadores.

### **2.1.3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MinSalud**

Es el órgano rector del sistema de salud, encargado de dar las directrices y reglamentar el cumplimiento para la generación, validación y envío del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Junto con las entidades responsables de pago, es el receptor de todos los RIPS entregados como soporte de la factura electrónica de venta (FEV) en salud y demás documentos electrónicos asociados a la misma.

Mediante la Resolución 2275 de 2023, este Ministerio estableció los datos necesarios para el reporte de la prestación de servicios y tecnologías en salud, incluyendo las reglas que debe seguirse en su estructura, contenido y relación, para generar un estándar de datos que garantice la calidad de la información y permita la integración de los sistemas de información del sector salud y su interoperabilidad. A su vez, en esta resolución se modifica el flujo de los datos, los cuales serán reportados directamente desde el facturador electrónico al mecanismo único de validación del Ministerio y a la entidad responsable de pago una vez se aprueba la validación, para su radicación y trámite de reconocimiento de pago.

Para garantizar ese propósito, el Ministerio cuenta con el mecanismo único de validación en el cual se involucran participantes, funciones y soluciones digitales. Este mecanismo incluye un sistema de información para la validación y recepción de datos, el cual cuenta con dos opciones: una, tipo cliente-servidor y la otra, tipo API contenida en Dockers, las cuales se detallarán más adelante. Ambas opciones cumplen el mismo propósito.

En el micrositio de facturación electrónica en salud, se aloja toda la información relacionada con este proceso, incluyendo la normatividad vigente, la documentación técnica (lineamientos del RIPS, manuales y guías), especificaciones técnicas, videos tutoriales, respuestas a preguntas frecuentes, entre otros. Para acceder al portal, puede ingresar a través del siguiente enlace electrónico: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>

#### 2.1.4. ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTROS PAGADORES

El Decreto 441 de 2022, incorporado en el Decreto 780 de 2016, define a las Entidades Responsables de Pago (ERP) como las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, con el fin de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. También se consideran como ERP las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas.

En el marco del proceso de facturación electrónica, existen otros pagadores que están obligados a recibir FEV en salud como soporte de la prestación de servicios de salud, entre los cuales se encuentran las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para ofrecer planes voluntarios en salud (entidades de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de salud), las compañías autorizadas para ofrecer el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), los regímenes especiales o de excepción, y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, entidades que, en atención a las coberturas de salud a su cargo, asumen la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud a través de la red de PSS y PTS disponible.

En este punto, vale mencionar que, acogiendo lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, existe la prohibición de efectuar prácticas que tiendan a impedir la

recepción de facturas o a establecer fechas de cierre o ventanas de radicación que constituyan barreras, ni pretextos para negarse a recibir o impedir la radicación o presentación de las facturas de venta con sus soportes o pactar condiciones contrarias a lo normado.

## 2.2 PROCESOS

En este aparte, para entendimiento del modelo funcional, se aborda el detalle de:

- I. Los procesos que deben ser realizados por los PSS o PTS para la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud;
- II. Los procesos que le corresponden a las ERP y demás pagadores, en cuanto a la radicación y trámite de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías objeto de facturación; y
- III. Los procesos Inter partes que se surten dentro de I a conciliar los valores facturados hasta llegar al pago de estos. a generación de devoluciones (rechazos), glosas (objeciones) y respuestas, tendientes

Vale la pena mencionar que en la Resolución 2275 de 2023, se integra el Registro y Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como fuente de información soporte de la factura y se establece el proceso de radicación de la misma en los artículos 13 y 14, ibidem, momento a partir del cual el pagador debe adelantar el proceso de reconocimiento y pago de la factura, la generación de devoluciones y glosas y por parte del facturador electrónico la elaboración de las notas crédito o débito correspondientes, modificaciones para las cuales los PSS deben adecuar sus sistemas de información en cumplimiento del proceso de facturación electrónica con validación previa de la DIAN y la citada Resolución 2275 de 2023.

En desarrollo de las normas antes mencionadas y de los procesos que, en consecuencia, se deben surtir al interior del facturador electrónico de venta del sector salud y de las diversas situaciones del relacionamiento contractual entre los participantes del sistema, o de la realización de servicios de salud sin intención de cobro, en la generación de documentos electrónicos de facturación y del RIPS, se observan al menos las siguientes posibilidades:

1. Factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.
2. Nota crédito total de la factura electrónica de venta en salud.
3. Nota crédito parcial de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.
4. Nota débito de la factura electrónica de venta en salud y RIPS soporte.
5. Nota ajuste de RIPS.
6. RIPS sin factura.
7. Nota crédito sin RIPS.
8. Factura cápita y RIPS soporte.

El mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud dispuesto

por este Ministerio se encuentra desarrollado para validar esta gama de situaciones, permitiendo a los participantes del sistema el reporte integral de la información de sus procesos a cargo. El detalle sobre la generación de archivos en formatos XML y JSON según corresponda, para cada una de las situaciones antes descritas, está dispuesto en el Capítulo 3. "Generación de los datos", donde se menciona la organización de los campos de datos aplicables a cada situación, y en el Capítulo 4, "Validación de los datos", donde se describen los módulos que permiten la transmisión y validación de estos datos.

Ilustración 3 Figuras que componen los procesos

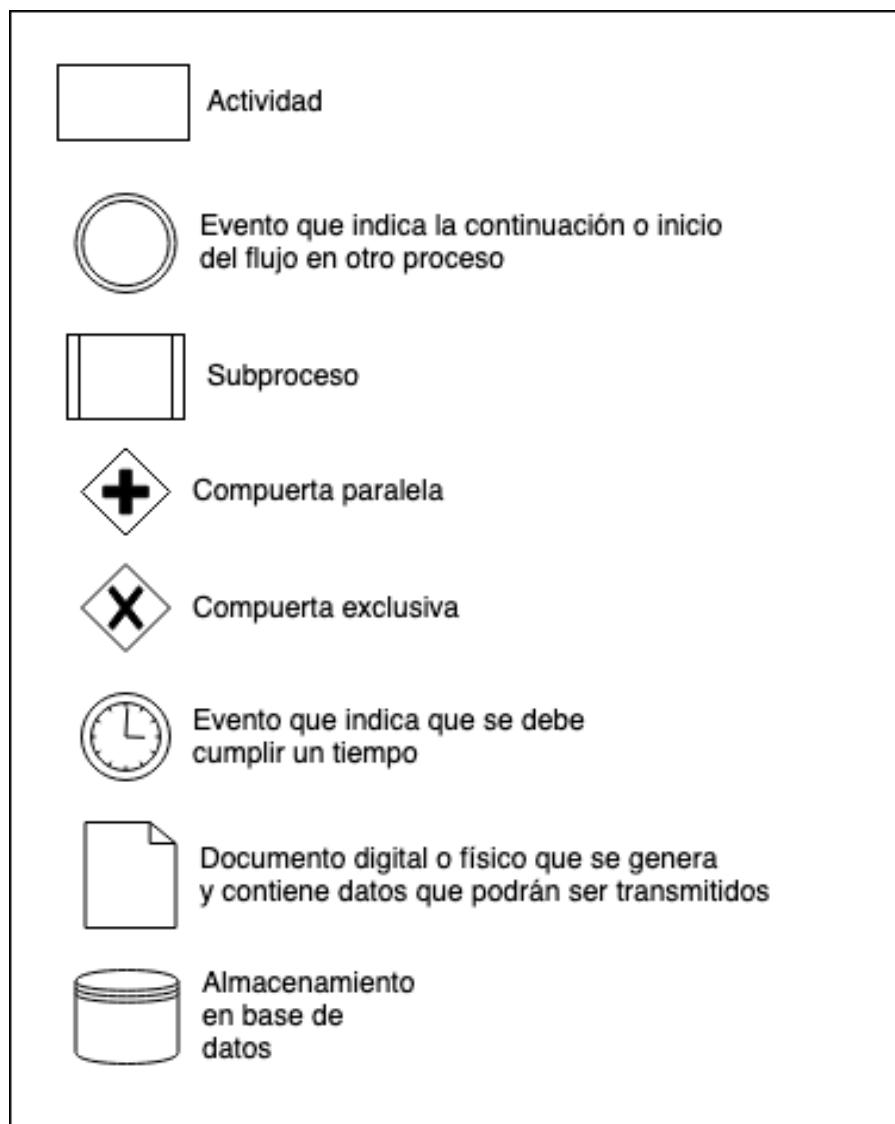
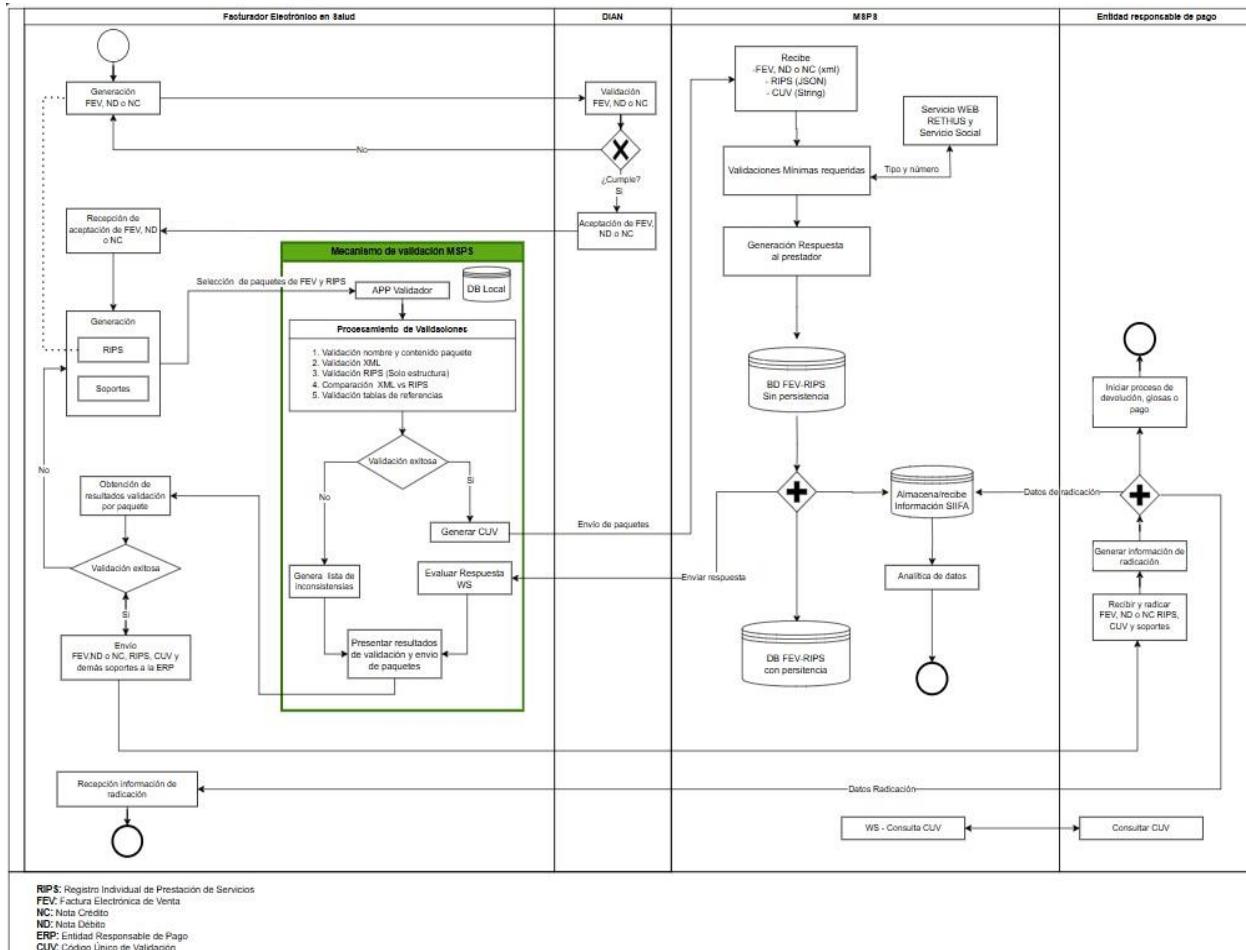


Ilustración 4 Proceso general de generación y flujo de información entre participantes



Fuente: Elaboración propia, Minsalud, 2023

A continuación, se describe el proceso general de generación y flujo de información entre participantes del RIPS como soporte de la FEV en salud (grafica 4), en el cual participan los siguientes actores:

1. Los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS)
2. La DIAN
3. El Ministerio de Salud y Protección Social
4. Las Entidades Responsables de Pago y demás pagadores

Los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS), transmiten a la DIAN los documentos electrónicos para su validación previa, que en caso de ser exitosa permite

la entrega del ApplicationResponse. (El ApplicationResponse es un documento electrónico de propósito general cuya funcionalidad es la notificación de la validación realizada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) de la factura electrónica de venta, las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta y de los demás sistemas de facturación) con la aprobación del documento electrónico validado. En caso de que esta validación no sea exitosa, se entregará el ApplicationResponse con el rechazo del documento validado.

El RIPS como soporte de la FEV en salud debe generarse simultáneamente, dada la necesidad de conciliar los valores objeto de facturación, los pagos moderadores recaudados y los servicios y tecnologías de salud realizados a la población objetivo en cumplimiento del contrato. Los valores registrados en el RIPS serán objeto de validación frente a los valores incluidos en la FEV en salud, lo que activará el método de cálculo ante la plataforma de facturación electrónica de la DIAN en los casos en los que se utilicen operaciones de acreditación a la FEV en salud, según se detalla en 4.7, "Tipos de operación".

Con la validación previa de la DIAN, la FEV en salud o sus documentos electrónicos de nota crédito o nota débito deben transmitirse junto con el archivo de RIPS en formato JSON que la soporta, a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio. Esto se constituye como un conjunto de información relacionado por los campos de datos comunes que hacen las veces de una "llave" irrepetible que permite la trazabilidad de su trámite.

Por lo tanto, a la plataforma del mecanismo único de validación debe transmitirse el conjunto de archivos de información señalado, que corresponden a:

- Archivo XML de la factura electrónica de venta en salud, las notas débito o notas crédito validadas previamente por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) dentro del contenedor electrónico.
- Archivo JSON del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que soporta la FEV en salud o sus documentos nota débito o nota crédito; así como los archivos JSON relacionados con notas de ajuste de los RIPS, cuando corresponda.

Es importante notar que ni a la plataforma de facturación electrónica de la DIAN, ni a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, deben enviarse los demás soportes (epicrisis o resumen de atención, resultados de ayudas diagnósticas, soportes de traslado de pacientes, etc.).

La plataforma del mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud dispone de dos soluciones tecnológicas que cumplen una misma función de validación (cliente-servidor y API Docker). Estas soluciones se disponen en un ambiente web al que los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS) acceden previa

instalación, registro y autenticación de la plataforma. Una vez se inicia el consumo de servicios web, la plataforma despliega unas validaciones locales que corresponden a las relacionadas con las tablas de referencia dispuestas para el cumplimiento del diligenciamiento del RIPS, en su estructura, contenido y relación.

Superada esta primera validación, de manera inmediata la plataforma realiza un segundo momento de validación frente a tablas propias del Ministerio que no se disponen localmente, tales como BDUA, RETHUS, MIPRES, entre otras, así como la validación de que ese conjunto de información no haya sido validado previamente. Los dos momentos de validación descritos son imperceptibles cuando el resultado de la validación es exitoso y se genera el CUV. En caso de existir alguna inconsistencia, el proceso de validación se detiene para notificar inmediatamente al facturador la imposibilidad de continuar.

El CUV se construye a partir de un algoritmo aplicado al conjunto de información (RIPS en formato JSON y factura electrónica de venta en salud en formato XML) como una cadena alfanumérica cifrada, que se genera directamente desde la plataforma cuando se realizan los procesos de validación definidos en los anexos técnicos contenidos en la Resolución 2275 de 2023 y éstos son aprobados en forma satisfactoria.

- En la solución Cliente Servidor se entregará un archivo con extensión .txt como parte de las validaciones locales y las ejecutadas en segundo nivel.
- En la solución API Docker se entregará la respuesta al consumo de cada método expuesto por este servicio, esta respuesta deberá ser almacenada por parte del PSS/PTS para su posterior radicación.

Para verificar la autenticidad del CUV, la plataforma del mecanismo único de validación dispondrá para las ERP y demás pagadores sobre la solución API Docker un servicio a través del cual se permitirá entregar a la plataforma del Ministerio la información correspondiente al CUV que se desea verificar. La plataforma devuelve un mensaje que señala si este conjunto de información es "aprobado" o "rechazado", según el resultado obtenido.

Con la obtención del CUV, el facturador electrónico del sector salud puede adelantar el proceso de radicación de la FEV en salud, el RIPS y los demás soportes de ley ante la ERP o los demás pagadores, y el receptor debe emitir un número de radicación que es informado al facturador electrónico del sector salud y al Ministerio. En este último caso, dicho envío procederá a partir de la implementación del SIIFA. A partir de este momento, la entidad responsable de pago o los demás pagadores adelantarán el proceso de auditoría de acuerdo con la normatividad que les corresponda, producto del cual deberán informar las devoluciones y glosas o proceder al pago de los valores no glosados.

Los facturadores electrónicos del sector salud darán respuesta a dichas glosas y devoluciones, y, de ser aceptadas, se generará una nota crédito o débito, según sea el caso, que afecta la FEV en salud inicialmente presentada. Dicha nota crédito o débito debe ser validada por la plataforma de la DIAN y será soportada por el RIPS correspondiente, si llegase a aplicar, debiendo surtirse la validación de este conjunto de

información (nota crédito o débito en formato XML y RIPS como soporte en formato JSON) ante el mecanismo único de validación para la obtención del CUV que permite su radicación ante el pagador.

En caso de que sea necesario ajustar la información de los RIPS, se sugiere consultar la matriz que se anexa a este lineamiento, la cual tiene como fin orientar al prestador en la corrección de los campos aplicables según cada glosa formulada, al tiempo que orienta al asegurador en el proceso de auditoría de la cuenta en salud, lo que al final redundará en la facilidad del proceso de auditoría por las partes y el flujo de recursos en el sector. La matriz está disponible en: [\[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/tabla-relacionamiento-glosas-vs-campo-rips-31-mayo-2024.zip\]](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/tabla-relacionamiento-glosas-vs-campo-rips-31-mayo-2024.zip).

Finalmente, vale señalar que son los facturadores electrónicos del sector salud (PSS y PTS), en cumplimiento de la normatividad vigente, los responsables de la autenticidad y no adulteración del conjunto de información certificado por el mecanismo único de validación del Ministerio mediante el Código Único de Validación (CUV). Todos los participantes del sistema deben garantizar la seguridad en la transmisión de información de FEV-RIPS. Cuando exista una controversia entre el facturador electrónico del sector salud (PSS o PTS) y la entidad responsable de pago, producto de la diferencia entre los archivos (XML, JSON) o el CUV entregado por el mecanismo de validación FEV-RIPS, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los archivos producto de la validación para consulta de los actores en discrepancia.

### **2.2.1. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA FEV EN SALUD Y DEMÁS SOPORTES**

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS) deben integrar sus procesos administrativos y asistenciales relacionados con la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, iniciando con el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente y las acciones adelantadas dentro del proceso de atención en salud realizado por el talento humano a cargo, en cumplimiento de lo previsto en la Ley 23 de 1981<sup>3</sup>, la Resolución 1995 de 1999<sup>4</sup>, la Ley 2015 de 2020<sup>5</sup> y la Resolución 866 de 2021<sup>6</sup>.

La base de datos georreferenciada, la historia clínica, sus documentos y expedientes se constituyen en la fuente primaria del dato para la generación del RIPS y de la FEV en

<sup>3</sup> Ley 23 de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”

<sup>4</sup> Resolución 1995 de 1999, “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”

<sup>5</sup> Ley 2015 de 2020, “Por medio de la cual se crea la historia clínica interoperable y se dictan otras disposiciones”

<sup>6</sup> Resolución 866 de 2021, “Por la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones”

salud. Los PSS están obligados a garantizar la fiabilidad y consistencia de la información que, con base en la historia clínica, sea utilizada dentro del proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.

Además de la historia clínica, deben utilizarse los registros asistenciales disponibles, como son los registros de intervenciones colectivas susceptibles de ser reportadas en el RIPS (vacunación, consultas, etc.), el servicio de información de medicamentos y el registro de dispositivos médicos e insumos

Dado que los proveedores de tecnologías en salud (PTS) no son responsables del diligenciamiento de la historia clínica, es deber de las entidades responsables del pago y demás pagadores garantizar la información necesaria para que los PTS adelanten la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, en la ejecución del acuerdo de voluntades suscrito.

Con este propósito, se dispone del Gráfico 2, "Modelo funcional general para la generación, validación y envío de RIPS como soporte de la FEV en salud", que diagrama los pasos que deben seguir los PSS y los PTS, según corresponda a cada entidad, para la generación del RIPS y la FEV en salud.

#### **2.2.1.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MULTIUUSUARIO**

Este tipo de factura permite registrar a múltiples usuarios cuyo detalle de información se puede diligenciar en la estructura determinada en el archivo JSON, donde se individualiza cada usuario y sus atenciones mediante el consecutivo asignado jerárquicamente para el usuario y cada servicio. La FEV en salud no tiene límite de usuarios a registrar en cada factura. Este tipo de factura se puede utilizar en la facturación de modalidades de pago agrupadas (capitación, PGP, etc.) o en modalidades de pago por evento o paquete, en la medida en que el facturador electrónico del sector salud requiera agrupar usuarios atendidos. En todo caso, todos los usuarios incluidos en esta factura deben corresponder al mismo plan y a la misma modalidad de pago.

#### **2.2.1.2. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EN SALUD DE TIPO MONOUSUARIO**

Este tipo de factura permite realizar el cobro de la atención de una sola persona. Estas facturas se utilizan para modalidades de pago por evento o paquete, particularmente en los casos de atenciones hospitalarias, ambulatorias o con internación.

La FEV en salud, ya sea multiusuario o monousuario, permite registrar una fecha de inicio y una fecha de fin del periodo de facturación, la cual debe diligenciarse de acuerdo con las necesidades del facturador electrónico y la modalidad de pago utilizada, permitiéndose facturar periodos diarios, semanales o mensuales. La FEV en salud, atendiendo la obligación de la DIAN de adelantar el proceso de facturación una vez realizada la entrega del bien o servicio, debe entenderse, en su extensión al sector salud,

para aplicarse de acuerdo con el proceso de atención de los pacientes y la demanda de los servicios de salud contratados y realizados en un periodo de facturación determinado.

Los detalles de la transmisión de estos archivos al mecanismo único de validación se encuentran en los capítulos 4.1.1.1, "Módulo factura electrónica de venta", y 4.1.2.1, "Método cargarFEVRIPS". Ver gráficos 2 y 4.

## 2.2.2. GENERACIÓN DEL RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA CRÉDITO

Sobre este particular, se establecen las siguientes reglas generales:

- 1. Validación general:** En lo que corresponda, los RIPS soporte de notas crédito (NC) deben cumplir las mismas reglas de validación previstas para la validación de los RIPS con los cuales se radicó la FEV en salud.
- 2. Revisión de valores glosados:** La sumatoria de los valores contenidos en el RIPS soporte de las notas crédito debe coincidir con los valores registrados en el campo "valor" de la NC (XML).
- 3. Reporte del registro completo afectado:** Ante la necesidad de realizar una nota crédito, nota débito o nota de ajuste, el facturador electrónico del sector salud debe generar el RIPS correspondiente en la estructura prevista en la Resolución 2275 de 2023, informando todos los campos de datos relativos a la transacción, el usuario y los servicios objeto de ajuste, usando el consecutivo respectivo y conservando la estructura jerárquica del objeto según el nivel de detalle que requiera el ajuste.

```

    "numDocumentoIdObligado": "530520110",
    "numFactura": "BAXL6975552",
    "numNota": "NCPCM51",
    "tipoNota": "NC",
    "usuarios": [
        {
            "codMunicipioResidencia": "11001",
            "codPaisOrigen": "170",
            "codPaisResidencia": "170",
            "codSexo": "F",
            "codZonaTerritorialResidencia": "02",
            "consecutivo": 1,
            "fechaNacimiento": "1983-06-21",
            "incapacidad": "SI",
            "numDocumentoIdentificacion": "8498898958",
            "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
            "tipoUsuario": "02",
            "servicios": [
                {
                    "consultas": [
                        {
                            "causaMotivoAtencion": "38",
                            "codConsulta": "890702",
                            "codDiagnosticoPrincipal": "S934",
                            "codDiagnosticoRelacionado": "S903",
                            "codDiagnosticoRelacionado": null,
                            "codDiagnosticoRelacionado": null,
                            "codPrestador": "192030405001",
                            "codServicio": 328,
                            "consecutivo": 1,
                            "fechaInicioAtencion": "2022-06-22 00:00",
                            "finalidadTecnologiaSalud": "25",
                            "grupoServicios": "01",
                            "modalidadGrupoServicioTecSal": "01",
                            "numAutorizacion": "",
                            "numDocumentoIdentificacion": "98612580545",
                            "numFEVPagoModerador": "",
                            "tipoDiagnosticoPrincipal": "02",
                            "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
                            "tipoPagoModerador": "04",
                            "valorPagoModerador": 0,
                            "vrServicio": 65700
                        }
                    ]
                }
            ]
        }
    ]
}

```

- 4. No afectación de valores de pagos moderadores:** Las notas crédito (NC) y notas débito (ND) en ningún caso incluirán valores de pagos moderadores, cuya resta al valor total de la FEV en salud soportada en el RIPS correspondiente se constituye en la legalización de estos para las partes.

Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud no incluidos en la FEV inicial para los cuales el facturador electrónico opta por presentar una nueva FEV en salud (numerales 1 y 3 del apartado 2.2.3, "Generación de RIPS y radicación de la nota débito"), cuando existan estos recaudos, se deberán incluir en la nueva factura los correspondientes valores de pagos compartidos.

#### 2.2.2.1. ANULACIÓN DE FACTURAS.

Cuando la FEV en salud ha sido generada y validada ante la DIAN, pero no ha sido radicada junto con sus RIPS y demás soportes, y han transcurrido más de 22 días hábiles desde su validación, debe generarse una nota crédito (NC) al 100% del valor facturado. Esta NC debe ser igualmente transmitida y validada ante la DIAN y expedida al pagador,

informándole de la generación de la NC. No requiere notificación o envío de archivos al Ministerio.

Si la factura validada por la DIAN, junto con el RIPS correspondiente y los demás soportes, ha sido radicada ante el pagador, este podrá devolver la factura, en cuyo caso el prestador debe proceder en el mismo sentido comentado en el párrafo anterior.

#### **2.2.2.2. AFECTACIÓN DE FACTURAS.**

Para la afectación de una FEV en salud, se procede según las siguientes situaciones:

- Afectación con nota crédito al 100% (FEV expedida y radicada):** Cuando la FEV en salud con validación previa de la DIAN ha sido expedida y radicada ante el pagador junto con sus RIPS y demás soportes, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición, pero es devuelta por parte del pagador y no se requiere continuar con su trámite, ya que la devolución es aceptada por el facturador electrónico, debe afectarse con una nota crédito (NC) al 100% del valor facturado. Esta NC debe ser igualmente validada ante la DIAN, expedida al pagador y enviada al Ministerio, sin que sea necesario reenviar el RIPS de la FEV afectada ni demás soportes. En el momento en que el pagador recibe la NC al 100%, deberá generar y enviar el número de radicación de la misma al facturador electrónico y al Ministerio. El mecanismo de validación de RIPS permitirá la recepción y validación de la NC al 100%, sin RIPS. Con el número de radicación de la NC al 100%, los RIPS de la FEV afectada con esta nota crédito serán marcados como "FEV afectada con nota crédito al 100%".

Cuando la FEV en salud es devuelta por el pagador, pero la causal de devolución es subsanada por el facturador electrónico mediante la respectiva respuesta a la devolución, la factura continúa el trámite de glosas, según la norma aplicable. Una vez las partes concilian dichas glosas y establecen el valor a pagar, se sigue el manejo definido en el literal E.2, según corresponda.

- Afectación con nota crédito parcial:** Cuando la FEV en salud es objeto de glosas, para continuar con su trámite, el facturador electrónico debe proceder con el trámite de estas y, de ser aceptadas, debe afectarse la factura con una nota crédito parcial. En este proceso, los campos del RIPS de soporte de la NC parcial deben corresponder únicamente a los registros de los servicios cuya glosa es aceptada. Esta NC parcial igualmente debe ser validada ante la DIAN para ser expedida y enviada al Ministerio a través del mecanismo único de validación junto con los RIPS soporte de esta para la generación del código único de validación (CUV). Tras obtener el CUV, el facturador electrónico enviará la NC y el RIPS soporte a la entidad responsable de pago, con el archivo txt que contiene el CUV. Por su parte, el pagador generará y enviará el número de radicación al facturador electrónico y al Ministerio. Para la generación de los RIPS que soportan esta NC parcial, el facturador electrónico identificará el consecutivo de cada registro y diligenciará sus campos de acuerdo con la glosa correspondiente. La sumatoria

de estos valores debe coincidir con el valor de la NC parcial.

En los RIPS soporte de NC parcial para pagadores no relacionados con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud financiadas con recursos del SGSSS, las validaciones las harán los pagadores con soporte en las causales de glosa u objeción aplicadas.

Cuando en el trámite de una FEV en salud se presenten registros objeto de glosa cuyo manejo corresponda a NC parcial y simultáneamente a nota de ajuste RIPS, el campo T03 debe corresponder a "NC". En estos RIPS, para cada registro afectado con estas glosas simultáneas (NC parcial y nota de ajuste), se pueden registrar los cambios de valor y de ajuste de RIPS por calidad.

Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales 4.1.1.3, "Módulo nota crédito parcial", y 4.1.2.3, "Método cargarNCREDITO".

### **2.2.3. GENERACIÓN DE RIPS Y RADICACIÓN DE LA NOTA DÉBITO**

#### **2.2.3.1. SERVICIOS NO FACTURADOS POR EL PSS**

Cuando se genere una FEV en salud y su RIPS soporte, y dentro de esa factura se identifiquen servicios no facturados, el facturador electrónico puede optar, según el caso, por:

- 1. Expedición y radicación de una nueva FEV en salud (servicios facturados):** Generar y expedir una nueva FEV en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud no incluidos en la FEV inicial, procediendo con su radicación ante el pagador junto con sus RIPS y demás soportes, dentro de los 22 días hábiles siguientes a su expedición.
- 2. Expedición de nota débito (ND) (servicios no facturados [completos] o facturados con valor o cantidad menor):** Generar y expedir una ND por la diferencia del menor valor o cantidad inicialmente facturado, actualizando los RIPS iniciales: Identificando el consecutivo del usuario y servicio afectado, diligenciando los datos completos del registro, pero modificando únicamente las cantidades o valores (tarifa) objeto de ND; o Ingresando nuevos registros completos de usuarios y/o servicios no facturados, caso en el cual estos nuevos registros continuarán la secuencia del consecutivo del RIPS soporte de la FEV radicada.

### **2.2.4. GENERACIÓN DE RIPS PARA NOTA AJUSTE DE RIPS**

Cuando se genere una FEV en salud y su RIPS soporte, y dentro de esa factura la Entidad Responsable de Pago identifique servicios objeto de glosa por inconsistencias en el relacionamiento de los datos reportados frente a la atención prestada o frente a lo

contratado, que no afecten el valor monetario facturado, estos deben subsanarse con la generación de una nota de ajuste de RIPS. En estos casos, no es necesario generar documentos electrónicos asociados a la factura electrónica de venta (nota crédito y nota débito). Una vez el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud determine que acepta estas glosas de la factura, debe elaborar el archivo JSON de ajuste a los RIPS, el cual debe ser validado a través del Validador Único del Ministerio de Salud. De aprobarse, se generará el CUV del archivo RIPS que permitirá subsanar las glosas (de calidad de la información) ante la entidad responsable de pago, procediendo al trámite de reconocimiento y pago de la factura.

#### 2.2.5. GENERACIÓN DE RIPS SIN FACTURA

Las entidades que, en el marco de sus funciones legales, deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin la obligación de generar factura al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como son: entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud y organismos que realicen pilotos o estudios de investigación asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, o profesionales independientes que facturen 3500 UVT o menos en el año anterior o en el año en curso y simultáneamente no tengan ningún relacionamiento contractual con las ERP y demás pagadores del sector salud, deberán transmitir la información que les corresponde en la estructura definida para el RIPS (archivo en formato JSON).

Las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar el RIPS sin factura deberán adelantar la transmisión de información ante el mecanismo único de validación de acuerdo con la realización de sus actividades, dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al objeto del reporte.

Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales 4.1.1.6, "Módulo RIPS sin factura", y 4.1.2.6, "Método cargarRIPSSinFactura".

#### 2.2.6. GENERACIÓN DE FACTURA CAPITA

**FEV en salud - Capitación:** De acuerdo con lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 14 de la Resolución 2275 de 2023, o la norma que la modifique o sustituya, la FEV en salud correspondiente al primer mes de todos los contratos suscritos bajo la modalidad de pago por capitación se radica sin RIPS ni demás soportes. La Entidad Responsable de Pago (ERP) procederá al trámite de reconocimiento y pago anticipado del 100% de dicha factura en los términos fijados en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011.

El RIPS de la FEV en salud del primer mes de la capitación deberá ser transmitido y validado por el mecanismo único de validación del Ministerio a través del módulo 4.1.1.8, "Módulo factura cápita", y 4.1.2.8, "Método FEV cápita", y se asociará a la FEV del periodo de capitación al que corresponde (a partir de los campos de datos 10 y 11 de la

FEV en salud), sin perjuicio de registrar en la FEV en salud del segundo periodo de capitación los valores de pagos moderadores recaudados y reportados en el RIPS del primer periodo de capitación, los cuales serán restados del valor total de la FEV del segundo periodo de capitación, cuando aplique. En la última factura del período de contratación se han de registrar en los campos adicionales del XML la sumatoria de copagos y de cuotas moderadoras recaudadas en el mes anterior, que activarán el método de cálculo, pero los copagos y cuotas moderadoras recaudadas en este último mes deben ser informadas en RIPS sin factura y deberán generar una nota crédito contra la última factura, pero como ya fue pagada anticipadamente en su totalidad, implicará una cuenta por pagar a favor de la entidad responsable de pago.

#### **2.2.6.1 LINEAMIENTO PARA EL REGISTRO DE FEV EN SALUD EN LOS CONTRATOS SUSCRITOS BAJO LA MODALIDAD DE PAGO DE CÁPITA EN EL MECANISMO ÚNICO DE VALIDACIÓN DE RIPS COMO SOPORTE DE FEV SALUD AL MOMENTO DE INICIO DE LA OPERACIÓN**

Para efectos del inicio de operación del mecanismo y la validación de información de FEV en salud y RIPS soporte, correspondiente a los contratos de capitación vigentes al 01 de octubre de 2024 o la fecha que corresponda al inicio de la operación del MUV de FEV-RIPS para cada uno de los grupos de PSS y PTS definidos en la Resolución 1884 de 2024, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

1. El proceso de facturación hasta antes del inicio de operación de las disposiciones de la Resolución 2275 de 2023 deberá surtirse utilizando la factura convencional y RIPS con las disposiciones de la Resolución 3374 de 2000, incluyendo en este proceso la legalización de ajustes de valor que no afectan RIPS y que correspondan al mes anterior al inicio de la operación o períodos anteriores, si es del caso, que se deriven del proceso de auditoría en concordancia con la Resolución 3047 de 2008 y sus modificatorias. Lo antes dispuesto, aplica incluso cuanto el periodo de capitación no corresponda del 1 al 30 de cada mes, caso en el cual la factura del mes anterior se realizará por los días que correspondan a este periodo. Vale precisar, que estas facturas y sus documentos electrónicos relacionados, así como los RIPS, no deberán validarse ante el mecanismo.
2. La FEV en salud correspondiente al periodo de capitación de octubre de 2024, o la fecha que corresponda al inicio de la operación del MUV de FEV-RIPS para cada uno de los grupos de PSS y PTS definidos en la Resolución 1884 de 2024, deberá ser validada a través del módulo “Cápita inicial”, y se presentará FEV sin RIPS. Esta factura no deberá incluir información relacionada con pagos moderadores (copagos y cuotas moderadoras), no obstante, podrá incluir legalización de anticipos al contrato, si los hubiere.
3. Los RIPS correspondientes a las atenciones capitadas realizadas durante el primer mes, incluirán el registro de pagos moderadores si los hubiere en ese periodo y deberán ser validados a través del módulo “Cápita por periodo” como condición para presentar la FEV en salud del mes siguiente al inicio de la operación. Este mismo procedimiento aplicará para los períodos siguientes durante la vigencia del contrato.
4. Para el periodo final de capitación, deberán validarse los RIPS de dicho periodo a través del módulo “Cápita final”. En caso de que el mes de inicio de la operación del MUV FEV

RIPS corresponda al último periodo de la capitación, deberán validarse los RIPS de dicho periodo a través del módulo “Cápita final”, disponiéndose únicamente el archivo de RIPS sin FEV durante los primeros días del mes siguiente

5. Para los periodos de inicio y siguientes, cuando producto de la auditoria al contrato de capitación, se requiera realizar ajustes de valor que no afectan RIPS (por ejemplo: atenciones de urgencias capitadas realizadas por otro prestador, ajustes de seguimiento a los acuerdos de voluntades o legalización de diferencias en el recaudo de pagos moderadores), se deberá presentar una nota crédito parcial en el módulo “Nota crédito parcial de cápita”, la cual no se acompaña de RIPS soporte.

## 2.2.7. GENERACIÓN DE NOTA CRÉDITO SIN RIPS

**Nota crédito (NC) por glosas por seguimiento de los acuerdos de voluntades que no afectan el RIPS:** En los acuerdos de voluntades se deben pactar condiciones relacionadas con el seguimiento a la ejecución del contrato que no afectan el RIPS que soporta la FEV en salud. Es decir, se trata de FEV en salud que pueden ser glosadas únicamente por: i) Incumplimiento de indicadores de seguimiento; ii) Ajuste frente a la desviación de la nota técnica; o iii) Indicadores de calidad, gestión y resultados. Producto de la aplicación de estas condiciones a la ejecución del contrato, eventualmente se generan glosas que afectan el valor de la factura en un porcentaje definido por las partes en el contrato. Esta evaluación se puede dirigir a varios períodos de facturación. El seguimiento a la ejecución de los contratos se concreta suscribiendo un acta con la definición del porcentaje y el valor glosado a la ejecución del contrato, sin que se afecte a un usuario o servicio en particular. Todo lo anterior, según lo definido en la Resolución 3253 de 2009 para las atenciones realizadas antes de la entrada en operación para cada uno de los grupos de prestadores definidos en la resolución 1885 de 2024 y en adelante, según la Resolución 2284 de 2023.

Como existe una glosa aceptada por este concepto que se concreta en un porcentaje o un menor valor a reconocer por la ejecución del contrato, que no afecta los RIPS que soportaron las FEV en salud del periodo de seguimiento evaluado en el acta, procederá la generación de una NC parcial que afecta la factura del(s) periodo(s) siguiente(s) a la fecha del acta, o a la última factura del acuerdo de voluntades, según corresponda. El valor de la glosa será la proporción que se haya acordado según los criterios establecidos para el seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades (se le restaría a esta FEV en salud el valor de la glosa del acta de seguimiento).

En estos casos, se transmitirá ante el mecanismo único de validación una NC parcial sin que se acompañe del RIPS, salvo en el caso de los contratos por capitación, donde al final de su ejecución se puede presentar esta NC con el valor glosado en el acta de seguimiento a la ejecución del contrato junto con los RIPS del último periodo de facturación. En caso de no existir un escenario de valor glosado en el seguimiento a la ejecución del contrato de capitación, se recibirán los RIPS sin FEV en salud de acuerdo con lo señalado en el numeral 2.2.5, "Generación de RIPS sin factura".

Los facturadores electrónicos del sector salud y sus pagadores tienen la opción de no generar una NC y, en su lugar, incorporar el menor valor a reconocer por la ejecución del contrato, fijado en el acta de seguimiento, en las FEV en salud de los períodos siguientes. Los detalles de la transmisión al mecanismo único de validación de estos archivos se encuentran en los numerales 4.1.1.1, "Módulo factura electrónica de venta", y 4.1.2.1, "Método cargarFEVRIPS"

## 2.2.8. SOBRE EJECUCION DEL CONTRATO

En los casos de sobre ejecución del contrato de los cuales se derive un reajuste al valor inicialmente contratado, se procederá a la generación del RIPS y la FEV en salud en los términos del numeral 2.2.1, "Generación del RIPS y radicación de la FEV en salud y demás soportes", considerando en los contratos donde se pacte el seguimiento a su ejecución frente al:

- i. Sobre cumplimiento de indicadores de seguimiento;
- ii. Desviación de la nota técnica; o
- iii. Indicadores de calidad, gestión y resultados; se atenderá la indicación de los períodos a evaluar, que pueden corresponder a uno o más de un periodo de facturación (mes, bimestre, trimestre, semestre), y este seguimiento se hará entonces por los períodos de facturación acordados.

La sobre ejecución del contrato no afecta una factura en particular, sino que afecta el valor del contrato en su conjunto, lo que permite a las partes, una vez suscriban el acta de seguimiento al contrato (PGP o cápita), establecer el valor a reconocerse por la sobre ejecución. Este valor definido en esa acta de seguimiento debe incluirse en el valor total de la FEV en salud del periodo de facturación que sigue a la fecha de suscripción del acta donde se concilió (valor corriente del contrato, más valor de sobre ejecución del acta de seguimiento).

En esta FEV en salud, se reportarán normalmente los RIPS correspondientes al periodo de facturación abarcado en la fecha de inicio y terminación del periodo de facturación (campos 10 y 11 del archivo XML de la FEV en salud). Estos nuevos RIPS no se verán afectados por el valor ajustado por la sobre ejecución del contrato de períodos anteriores, pues en los campos del RIPS en modalidades agrupadas como PGP o cápita no se diligencian valores, y los RIPS de las actividades que dieron origen a la sobre ejecución del contrato ya fueron reportados en FEV en salud anteriores.

En caso de tratarse de una liquidación del contrato, donde existe una última FEV en salud y su RIPS soporte, procederá la presentación de esta FEV en salud con su RIPS (valor corriente del contrato, más el valor de sobre ejecución del acta de seguimiento), incluso en el caso de los contratos por capitación, donde al final de su ejecución se puede presentar esta FEV en salud con el valor de la sobre ejecución del contrato junto con los

RIPS del último periodo de facturación. En caso de no existir un escenario de sobre ejecución del contrato de capitación, se recibirían los RIPS sin FEV en salud según el numeral 2.2.5, "Generación de RIPS sin factura".

## CAPÍTULO 3. GENERACIÓN DE LOS DATOS

Con el fin de unificar la estructura de datos sobre la prestación individual de servicios y tecnologías de salud, para la transferencia en medio tecnológico, el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2275 de 2023 incluye las características de los datos que conforman los RIPS teniendo en cuenta que estos se generan a partir de datos ingresados en otras fuentes primarias de información como por ejemplo la historia clínica y los demás registros asistenciales. Así, el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2275 de 2023 determina todos los campos de datos que generan dicho registro y establece de manera específica las condiciones para informar cada uno de ellos.

La generación de los datos de RIPS tiene en cuenta lo determinado en el Plan Nacional de Infraestructura de Datos (PNID) del Ministerio, el cual, entre otros aspectos establece la generación de datos maestros, entendidos estos como los datos básicos en dominios críticos que se abordan como única fuente de verdad para diferentes actores del ecosistema de datos y la generación de datos de referencia que son los que se usan para asignar y garantizar un rango de validez a un asunto específico. Los detalles o metadatos de las tablas de referencia que se deben tener en cuenta para la generación de los RIPS, se encuentran en el documento “Diccionario de datos”, el cual se encuentra disponible en el micrositio de factura electrónica en salud. <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>

En este capítulo, para los campos de datos que lo ameritan, se hacen precisiones para una mejor comprensión del alcance del Anexo 1 de la Resolución 2275 de 2023, planteados a manera de complementos a opciones de diligenciamiento, ajustes operativos o aclaraciones, siguiendo el orden de datos propuesto en dicho anexo de la resolución, así como la justificación de los ajustes en las versiones de este Anexo. En esta versión actualizada a enero de 2025, se recogen los ajustes a algunos campos, conforme el análisis de las observaciones formuladas por los actores, buscando simplificar el registro y facilitar su cumplimiento. Algunas modificaciones implican el cambio de consecuencia en el proceso de validación, pasando de rechazo a notificación; sin embargo, es posible que, en las primeras semanas de febrero de 2025, aun no se hayan concluido los ajustes en la herramienta.

Para el uso del mecanismo único de validación, se debe tener en cuenta que para la autenticación de los sujetos obligados a facturar o generar RIPS, el proceso de autenticación al mecanismo de validación lo podrán encontrar en el micrositio de FEV RIPS como documento “Guía autenticación Mecanismo validación RIPS-FEV cliente-servidor 2024-04”.

### 3.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA LA GENERACIÓN DE LOS DATOS DE RIPS

#### 3.1.1. DATOS RELATIVOS A LA TRANSACCIÓN

Sobre los datos relativos a la transacción, debe tenerse en cuenta:

- El Campo T01, “numDocumentIdObligado” cambió de tipo numérico a tipo cadena y se ajustó el tamaño, cambiando de 9 caracteres a una longitud de entre 4 y 12 caracteres para permitir el registro de NIT cédula de esas longitudes. Todos los PSS/PTS deben utilizar tipo de documento NIT.
- El campo T02, “numFactura” debe usar para su tipo y tamaño las indicaciones de la DIAN, es un campo tipo cadena. Este campo permite informar null a las Entidades con Objeto Social Diferente -EOSD y a los Profesionales Independientes no obligados a generar FEV en salud y RIPS, para el envío de RIPS sin FEV.
- El campo T03, “tipoNota”, campo cadena con longitud 0-2, que identifica si se trata de una Nota crédito -NC, Nota Débito -ND o una Nota Ajuste de RIPS -NA. Cuando en el trámite de una FEV en salud se presenten registros objeto de glosa cuyo manejo corresponda a NC parcial y simultáneamente a NA de RIPS, el campo T03 debe corresponder a “NC”. En estos RIPS, para cada uno de los registros afectados con estos dos tipos de glosa (NC parcial y Nota de ajuste), es posible registrar los cambios tanto de cantidad/valor como de ajuste de RIPS por calidad. La NC parcial y los RIPS soporte de esta, aún en estos casos, deberán ser enviados a través del módulo NC parcial. Para el caso de los profesionales independientes, así como otros prestadores no obligados a expedir factura electrónica, en este campo se debe registrar RS. Esta es una modificación al valor que se había planteado anteriormente SF.
- El campo T03, “tipoNota”, para el envío de RIPS sin FEV en el caso de las Entidades con Objeto Social Diferente -EOSD y a los Profesionales Independientes no obligados a generar FEV en salud y RIPS, debe diligenciarse con “RS”, “RIPS sin FEV”.
- El campo T04, “numNota”, campo cadena con longitud 0-20, donde para el envío de RIPS sin FEV en el caso de las Entidades con Objeto Social Diferente -EOSD y a los Profesionales Independientes no obligados a generar FEV en salud y RIPS, debe ser informado con un consecutivo de 1 a infinito, asignado por estas entidades.

### 3.2. DATOS RELATIVOS A LOS USUARIOS

En cuanto al diligenciamiento de los datos relativos a los usuarios, se precisa:

Los campos U01, “tipoDocumentoidentificacion” y “U02, “numDocumentoidentificacion”, se encuentran relacionados con el campo U04, “fechaNacimiento”, que corresponde a la fecha de nacimiento del usuario, para lo cual debe tenerse en cuenta que se debe informar el tipo de documento de identidad según la edad del paciente, bajo las siguientes condiciones:

- Para las personas con edad mayor o igual a 18 años y de nacionalidad colombiana, el documento con el cual se deben identificar es la “CC: Cédula de ciudadanía”.
- Para los extranjeros de cualquier edad que se encuentran de paso en el país se identifican con la “CE: Cédula de extranjería”, “CD: Carné diplomático”, “PA: Pasaporte” o “SC: salvoconducto”.
- Para los migrantes venezolanos de cualquier edad se crea el “PE: Permiso especial de permanencia” como documento válido de identificación del Sistema de Protección Social, según la Resolución 3015 de 2017.
- Los menores con edades entre 7 y 17 años deben identificarse con “TI: Tarjeta de identidad”.
- Los menores con edades de 6 años o menos, el tipo de documento será “RC: Registro civil”.
- Los menores con edades de hasta 3 años, el tipo de documento será “RC: Registro civil” o “CN: Certificado de nacido vivo”.
- El tipo de documento “PA: Pasaporte”, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años. También aplica para los extranjeros con pasaporte de la ONU para refugiados y asilados.
- Para el caso de poblaciones especiales, en los cuales la población no está identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, deben ser atendidos como “AS: Adulto sin identificar” y “MS: Menor sin identificar”, se debe tener en cuenta la Resolución 4622 de 2016, Anexo Técnico, Tabla 1 o la normatividad vigente sobre el tema. Su detalle se presenta al final de la descripción del archivo de usuarios – US.

- Si el tipo de documento es “TI: Tarjeta de identidad” (U01 = “TI”) o “CC: Cédula de ciudadanía” (U01 = “CC”) el número del documento de identificación (U02) debe incluir únicamente números.
- Si la edad es mayor o igual a 19 años, el tipo de identificación no puede ser RC, TI, MS, CN. Recuerde que se consideró en este caso el período de transición del menor a adulto para el cambio de identificación.
- Si el tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 18 años.
- No obstante, lo anterior, y ante la evidencia de que se presentan niños que habiendo cumplido 7 años, aún no han tramitado la tarjeta de identidad y jóvenes que aunque sobrepasen los 18 años aún no han tramitado la cédula, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido un plazo de tolerancia de un año menos un día. Los prestadores deben motivar a los pacientes y sus acudientes a tramitar oportunamente el documento correspondiente.
- Para el número del documento de identificación tener presente que las longitudes máximas del tamaño del número de documento de identificación según el tipo de documento son: CC: 10 caracteres; CE: 6 caracteres; CD: 16 caracteres; PA: 16 caracteres; SC: 16 caracteres; PE: 15 caracteres; RC: 11 caracteres; TI: 11 caracteres; CN: 9 caracteres; AS: 10 caracteres; MS: 12 caracteres; DE: 20 caracteres; PT: 20 caracteres; y SI: 20 caracteres.
- Para el campo U3, “tipoUsuario”, los valores permitidos según la tabla de referencia son: 01: Contributivo cotizante; 02: Contributivo beneficiario; 03: Contributivo adicional; 04: Subsidiado; 05: No afiliado; 06: Especial o Excepción cotizante; 07: Especial o Excepción beneficiario; 08: Personas privadas de la libertad a cargo del Fondo Nacional de Salud; 09: Tomador / Amparado ARL; 10: Tomador / Amparado SOAT -11: Tomador/Amparado Planes Voluntarios de Salud; 12: Particular. En la tabla de referencia “RIPSTipoUsuarioVersion2” de SISPRO, se incluyó la opción “13: Especial o excepción no cotizante Ley 352 de 1997”, para registrar la información del personal en servicio militar obligatorio.

Este campo U3, “tipoUsuario”, debe diligenciarse guardando consistencia con el campo de datos 3.3. COBERTURA\_PLAN\_BENEFICIOS (XML extensión salud), de la siguiente manera:

COBERTURA o PLAN	RIPSTipoUsuarioVersion2
01: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	01: Contributivo cotizante
02: Presupuesto máximo	01: Contributivo cotizante
07: Cobertura salud pública	01: Contributivo cotizante

<b>COBERTURA o PLAN</b>	<b>RIPSTipoUsuarioVersion2</b>
01: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	02: Contributivo beneficiario
02: Presupuesto máximo	02: Contributivo beneficiario
07: Cobertura salud pública	02: Contributivo beneficiario
01: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	03: Contributivo adicional
02: Presupuesto máximo	03: Contributivo adicional
07: Cobertura salud pública	03: Contributivo adicional
01: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	04: Subsidiado
02: Presupuesto máximo	04: Subsidiado
07: Cobertura salud pública	04: Subsidiado
08: Cobertura entidad territorial, recursos de oferta	05: No afiliado
09: Urgencias población migrante	05: No afiliado
13: Cobertura Régimen Especial o Excepción	06: Especial o Excepción cotizante
13: Cobertura Régimen Especial o Excepción	07: Especial o Excepción beneficiario
14: Cobertura Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad	08: Personas privadas de la libertad a cargo del Fondo Nacional de Salud
05: Cobertura ARL	09: Tomador / Amparado ARL
04: Cobertura Póliza SOAT	10: Tomador / Amparado SOAT
10: Plan complementario en salud	11: Tomador / Amparado Planes voluntarios de salud
11: Plan medicina prepagada	11: Tomador / Amparado Planes voluntarios de salud
12: Pólizas en salud	11: Tomador / Amparado Planes voluntarios de salud
15: Particular	12: Particular
13: Cobertura Régimen Especial o Excepción	13: Especial o Excepción no cotizante - Ley 352/97
03: Prima EPS, no asegurados SOAT	No aplica ninguna opción - esta cobertura no ha sido reglamentada por el MSPS – No debe usarse.

- El campo U05, codSexo, se diligencia con la información del sexo según aparece en el documento de identificación emitido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, utilizando la tabla de referencia “sexo”, columna “Extra\_III” donde se dispone de las opciones M: Masculino; F: Femenino; I: Indeterminado o Intersexual.
- El campo U06, codPaisResidencia, que corresponde al código del país de residencia habitual, se diligencia tomando de la tabla de referencia “País” de SISPRO el código del país donde la persona ha vivido el mayor periodo de tiempo durante el último año calendario.

- El campo U07, “codMunicipioResidencia”, que corresponde al código del municipio de residencia habitual, se diligencia tomando de la tabla de referencia “Municipio” de SISPRO el código del municipio de Colombia donde la persona ha vivido el mayor periodo de tiempo durante el último año calendario. Este código se conforma a partir del código correspondiente al departamento (dos primeros caracteres), seguido del código correspondiente al municipio (tres últimos caracteres) definido en DIVIPOLA. En la versión 2 del anexo técnico de la Resolución 2275 de 2023, se incluyó la validación para informar de manera obligatoria el municipio cuando el país de residencia habitual del usuario es Colombia.
- El campo U09, “incapacidad”, identifica si dentro del proceso de atención en salud objeto de reporte en el RIPS (consulta, internación, urgencias, etc.), el profesional tratante registro o no en la historia clínica una condición temporal de inhabilidad física o mental del usuario para la cual expidió un certificado de incapacidad se diligencia con los valores permitidos SI o NO según corresponda.
- El campo U10. “consecutivo”, identifica la posición de cada usuario en el RIPS para facilitar su ubicación al interior del reporte de glosas (objeciones) o de respuesta de glosas (objeciones), inicia en 1, se incrementa de uno en uno y no puede repetirse. En facturas multiusuario dependerá de la cantidad de usuarios informados en el RIPS.
- En el campo U11, “codPaisOrigen”, se informa el código del país de origen, que corresponde al código del país donde nació el usuario, según la tabla de referencia SISPRO “País”.

Siguiendo la jerarquía del formato JSON, debajo de cada usuario se inicia el registro de los datos de los servicios y tecnologías realizado a cada usuario.

### **3.3. DATOS RELATIVOS AL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS DE SALUD Y A LOS VALORES FACTURADOS**

#### **3.3.1. DATOS DE LAS CONSULTAS**

Se informan las consultas realizadas por los distintos profesionales de la salud, las de primera vez y de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales, de acuerdo con las especificaciones realizadas por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS vigente.

Las consultas por informar son las realizadas por médicos (generales y

especialistas), odontólogos (generales y especialistas), enfermeras, terapistas, nutricionistas, optometras y otros. Se incluyen aquí las consultas de medicina laboral y del trabajo.

En la prestación del servicio de consulta odontológica (general o especializada), la consulta corresponde a la sesión en la cual el odontólogo hace el examen integral del estado bucodental y formula un plan de tratamiento integral. Las sesiones para ejecutar ese plan se informan en datos de procedimientos. Igualmente se incluyen las consultas de control del tratamiento.

No es dable el agrupamiento de consultas en un único registro, es necesario informar de manera detallada cada una de las consultas realizadas con sus respectivos datos.

El primer campo de estos datos es el C01 código del prestador. Aquí se hace llamado de atención de que, a diferencia del registro en el XML de la factura, donde se registra con 10 caracteres, (identifica al prestador) en el RIPS se debe registrar con 12 caracteres, ya que los dos últimos identifican la sede donde se prestó la atención. El segundo campo, cuyo diligenciamiento se quiere resaltar corresponde a C02 fechaliniciaAtención. Es importante que este valor se encuentre comprendido dentro del intervalo que se registra en el XML como fecha de inicio de facturación y fecha fin de facturación. No puede haber servicios o tecnologías prestados por fuera de dicho rango. El registro de este campo tiene 16 caracteres porque se usa el formato AAAA-MM-DD hh:mm. Se debe informar la fecha y hora en que el usuario fue atendido.

El número de autorización se informa si el prestador ha requerido autorización para realizar determinadas atenciones y el pagador le ha asignado un número de autorización. En las versiones 5.3.0 y 1.3.0 (de producción y de pruebas) se ajustó a 30 caracteres, corrigiendo el rechazo que varios actores comentaron.

El código de la consulta, campo C03 se debe informar de acuerdo con la codificación establecida en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) generada y actualizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. El dato del código de la consulta corresponde al código de la consulta, según disciplina (medicina, odontología, enfermería, nutrición, psicología, optometría, etc.), de acuerdo con la clasificación CUPS vigente. Se debe especificar si es de primera vez o de control, y si es general o especializada.

Es importante resaltar que, desde hace varios años, la CUPS identifica la mayoría de las especialidades con un CUPS específico, y que los códigos 890202, 890302 y 890702 aplican para consultas de primera vez, de control o de urgencias por otras especialidades médicas, excluyendo aquellas que tienen un código específico

De manera semejante ocurre con las consultas de primera vez y de control por otras especialidades odontológicas (890204 y 890304). De forma similar se trata a las

interconsultas por otras especialidades médicas (890402) y por otras especialidades odontológicas (890404.) Para el caso de Junta médica (890502) y de cuidado (manejo) y asistencia intrahospitalaria por medicina especializada, no se diferencia el tipo de especialidad. (890502 y 890602, respectivamente, y 890604 si se trata de cuidado intrahospitalario por odontología especializada).

A continuación, se entregan algunas definiciones para entender cuándo usar un código u otro:

- Para **consulta médica electiva**: Cuando la consulta es solicitada por un usuario que acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o disfuncionalidad, pero no la percibe como riesgo de agravamiento o muerte se considera que es una consulta electiva, de tipo resolutivo (quiere decir para resolver un problema de salud, un cuadro mórbido o una patología o síndrome). Cuando al usuario se le hace una consulta para valoración y detección temprana de alteraciones o enfermedades, o dentro de una actividad de tamizaje a usuarios con perfil de riesgo, por demanda del usuario o dentro de un programa del cual es referido, o por demanda espontánea (cuando solicita que le hagan un chequeo general, o de su cavidad bucal), se considera una consulta de Promoción y Prevención programable. Los códigos que deben informarse para consulta médica electiva son, entre otros, los siguientes: 890201: Consulta de primera vez por medicina general; 890202: Consulta de primera vez por otras especialidades médicas. Los códigos de las consultas no permiten la diferenciación entre resolutivo o promoción y prevención, por lo cual debe complementarse con el campo de finalidad.
- Para **consulta de control**: Cuando el paciente es atendido para hacer un control de su estado de salud, después de haber iniciado un tratamiento o procedimiento, confirmar o descartar el diagnóstico con los resultados de ayudas diagnósticas realizadas. Los códigos que deben informarse para consulta de control son, entre otros, los siguientes: 890301: Consulta de control o de seguimiento por medicina general; 890302: Consulta de control o de seguimiento por otras especialidades médicas.
- Para **atención (visita) domiciliaria o al sitio de trabajo**: Es la consulta que se realiza en el domicilio del usuario, como parte de programas de cuidado domiciliario, o en el sitio de trabajo como parte de las acciones de prevención de riesgos laborales o de tamizaje por parte del pagador. Los códigos que se deben informar para atención domiciliaria o al sitio de trabajo son, entre otros, los siguientes: 890101: Atención (visita) domiciliaria por medicina general; 890102: Atención (visita) domiciliaria por medicina especializada; 890105: Atención (visita) domiciliaria por enfermería.
- Para **consulta odontológica**: Los códigos que se deben informar para

consulta odontológica son, entre otros, los siguientes: 980303: Consulta de primera vez por odontología general; 890204: Consulta de primera vez por otras especialidades en odontología.

- Para **consulta odontológica de control**: Las consultas de control en odontología se realizan cuando un tratamiento ha sido terminado, para evaluar la funcionalidad y la respuesta del tratamiento a la problemática general. Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de control son, entre otros, los siguientes: 890303: Consulta de control o de seguimiento por odontología general; 890304: Consulta de control o de seguimiento por odontología especializada.
- Para **consulta odontológica de urgencias**: Cuando el usuario llega al servicio de consulta odontológica de urgencias o a la consulta ambulatoria destinada en franjas horarias o profesionales a este tipo de atención. El motivo más frecuente es el dolor, pero también puede ser por accidentes y traumas que requieran una atención inmediata. Los códigos que se deben informar para consulta odontológica de urgencias son, entre otros, los siguientes: 890703: Consulta de urgencias por odontología general; 890704: Consulta de urgencias por odontología especializada.
- Para **consulta de enfermería**: Las consultas que realizan los profesionales de enfermería son de protección específica y detección temprana. Los códigos que se deben informar para consulta de enfermería son los siguientes: 890205: Consulta de primera vez por enfermería; 890305: Consulta de control o de seguimiento por enfermería.
- Para **consultas con otros profesionales**: Las consultas por otros profesionales se realizan cuando se requiere una valoración general del usuario desde el punto de vista de la disciplina y su rol en el equipo de salud. Los códigos que se deben informar para consultas con otros profesionales son los siguientes: 890206: Consulta de primera vez por nutrición y dietética; 890306: Consulta de control o de seguimiento por nutrición o dietética; 890207: Consulta de primera vez por optometría; 890307: Consulta de control o seguimiento por optometría; 890208: Consulta de primera vez por psicología; 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología; 890209: Consulta de primera vez por trabajo social; 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social; 890210: Consulta de primera vez por foniatria y fonoaudiología; 890310: Consulta de control o de seguimiento por foniatria y fonoaudiología; 890211: Consulta de primera vez por fisioterapia; 890311: Consulta de control o de seguimiento por fisioterapia; 890212: Consulta de primera vez por terapia respiratoria; 890312: Consulta de control o de seguimiento por terapia respiratoria; 890213: Consulta de primera vez por terapia ocupacional; 890313: Consulta de control o de seguimiento por terapia ocupacional.

- Para **interconsultas**: Las interconsultas son consultas mediante las cuales un médico general o especialista u otro profesional de salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista) emite opiniones, juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario. Los códigos que se deben informar para interconsultas son desde el 890402 hasta 890497.
- Para **junta médica**: La Junta Médica es una consulta que se realiza a un usuario por varios profesionales de la salud simultáneamente, (mínimo tres) con el fin de decidir una conducta de manejo y tratamiento y otorgamiento de derechos para calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral (Decreto 19 de 2012, artículo 142). Independientemente de cuantos profesionales participen y de la forma como se pague por cada profesional, se registra una sola consulta. Los códigos que se deben informar para la junta médica son los siguientes: 890501: Participación en junta médica por medicina general y caso (paciente); 890502: Participación en junta médica por medicina especializada y caso (paciente); 890503: Participación en junta médica por otro profesional de la salud y caso (paciente).
- Para **consulta de medicina alternativa**: Los códigos que se deben informar para la consulta de medicina alternativa son los siguientes: 890214: Consulta de primera vez por terapias alternativas; 890314: Consulta de control o de seguimiento por terapias alternativas.
- Para **salud mental**: La primera consulta de valoración, diagnóstico y definición del plan de tratamiento, se codifica como una consulta global o de primera vez, y los códigos son: 890208: Consulta de primera vez por psicología; 890209: Consulta de primera vez por trabajo social; 890284: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría; 890285: Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica. Las consultas de control o seguimiento a la evolución y cumplimiento de tratamiento se codifican con: 890308: Consulta de control o de seguimiento por psicología; 890309: Consulta de control o de seguimiento por trabajo social; 890384: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría; 890385: Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatría pediátrica; 890302: Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada. Las demás atenciones en salud mental se registran como procedimientos, con los códigos: Del 940100 al 941400 con finalidad diagnóstica. Del 942600 al 944915 con finalidad terapéutica.
- Para **consulta de medicina alternativa**: Los códigos que se deben informar para la consulta de medicina alternativa son los siguientes: 890214: Consulta

de primera vez por terapias alternativas; 890314: Consulta de control o de seguimiento por terapias alternativas.

- También se registran en este campo las subcategorías que hacen parte de la categoría 89.0.6 correspondientes al Cuidado (Manejo) y Asistencia Intrahospitalario, que incluye aquella atención diaria al paciente internado, utilizando métodos como las rondas, revistas entre otros, realizada en cualesquier servicio. La integran 15 subcategorías que identifican la disciplina del profesional que realiza el cuidado intrahospitalario: médico general, médico especializado, odontología especializada, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.
- El campo C05, modadlidGrupoServicioTecSal, se debe registrar conforme los valores de la tabla de referencia "ModalidadAtencion" y permite los siguientes valores: Valores permitidos 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08 o 09, según: 01: Intramural; 02: Extramural unidad móvil 03: Extramural domiciliaria 04: Extramural jornada de salud; 06: Telemedicina interactiva; 07: Telemedicina no interactiva; 08: Telemedicina telexperticia; 09: Telemedicina telemonitoreo.
- El campo C06, grupoServicios, corresponde a la agrupación establecida en la Resolución 3100 de 2019 y que se incluye en el REPS y consta en el distintivo de habilitación. Tiene Valores permitidos 01, 02, 03, 04 o 05, según: 01: Consulta externa 02: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 03: Internación; 04: Quirúrgico; 05: Atención inmediata.
- El campo C07 Código del servicio, no se debe confundir con el CUPS, sino que se refiere al código de tres dígitos que contempla la Resolución 3100 de 2019, de manera semejante al campo C06.
- El campo C08 Finalidad Tecnología en salud, debe diligenciarse conforme la tabla de referencia RIP5FinalidadConsultaVersion2, teniendo en cuenta la columna Extral:Consultas. Noten que este es un código numérico de dos caracteres y que varias de las opciones no aplican para el caso de las consultas. En el Anexo Técnico 1 de la resolución 2275 de 2023 se plantean algunas reglas de validación que relacionan finalidad con sexo, edad, causa motivo de atención, el no cobro de pago moderador para las finalidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con el diagnóstico principal. Como se mencionará adelante al desarrollar el tema de las reglas de validación estas reglas son de notificación y por ahora no serán motivo de no generación del CUV, Código único de validación y por ende no impiden la radicación de la FEV con sus RIPS soportes ante el pagador.
- El campo C09 causaMotivoAtención permite valores desde 21 a 30 y hace relación a la causa externa y sus valores posibles están definidos en la tabla

de referencia "RIPSCausaExternaVersion2.

- El código de diagnóstico principal, campo C10, es la afección principal que se define como la diagnosticada al final del proceso de atención de la salud o de la consulta, como la causante primaria de la solicitud de atención del paciente. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, tener en consideración que el diagnóstico principal corresponde a la patología básica causante de la solicitud de la atención de consulta. Todo diagnóstico principal referido a riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral.
- El código del diagnóstico relacionado 1, se refiere a otras afecciones o problemas relacionados con la consulta, es decir, coexistieron durante el manejo de la afección principal, o que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud. Para el caso de un evento relacionado con riesgos laborales, incluir el diagnóstico asociado referido a los capítulos XIX, XX y XXI relacionados con los códigos T, U, V y Z de la CIE10 que corresponde a la causa externa por la cual se solicita la atención. Los campos C12, y C13 están destinados al registro de los códigos de diagnóstico relacionado 2 y 3, y tienen el mismo sentido, pero no son obligatorios, por tanto, pueden dejarse en blanco.
- En el campo C14, se registra el tipo de diagnóstico principal y los valores permitidos son: 01: Impresión diagnóstica; 02: Confirmado nuevo; 03: Confirmado repetido. Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el profesional de salud en el momento de la atención. Este registro permitirá estimar la incidencia (casos nuevos) y la prevalencia (nuevos y viejos) de un determinado diagnóstico en una población definida.
- En el campo C15 se pide el tipo de documento de identificación del profesional que realizó la consulta y en el C16 el número de dicha identificación. Obviamente el profesional debe estar registrado en el RETHUS (Registro especial de talento humano en salud) o en la tabla de profesionales en servicio social obligatorio que incluye a aquellos profesionales que realizan su servicio social obligatorio en plazas autorizadas para el efecto por el Ministerio de Salud.
- El campo vrServicio, C17, corresponde al valor monetario que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento. Diligenciar el valor si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero "0". Es importante considerar que en caso de haber pactado descuentos, en este campo, se debe registrar el valor del servicio ya realizado el descuento.

- En el campo C18 se debe registrar el concepto de recaudo, para referirse al valor que debe cancelar el paciente, y los códigos que aplican son los definidos en la tabla de referencia de SISPRO “conceptoRecaudo”. Recuerden que conforme lo ordenado en el Decreto 1652 de 2022 no aplican cuotas moderadoras a los afiliados al régimen subsidiado y que hay algunos servicios exceptuados para el cobro de cuota moderadora a afiliados del contributivo: prescripciones regulares a pacientes con diabetes mellitus tipo I y II, pacientes con hipertensión arterial, paciente trasplantado, pacientes con enfermedades huérfanas y ultrahuérfanas, alteraciones nutricionales en menores de 5 años, trastornos mentales, pacientes con EPOC. También a las consultas de RIA para promoción y mantenimiento de la salud, RIA maternoperinatal. Este Decreto 1652 de 2022 en su artículo 2.10.4.8 establece excepciones al cobro de copagos y en el 2.10.4.9 se definen otras excepciones para grupos poblacionales. En esta versión se incluye la posibilidad de registro del código 01 (copago) para aquellos servicios a los que no aplican cuotas moderadoras, como son las categorías 89.0.5 y 89.0.6 (Junta médica y cuidado diario intrahospitalario). Es posible que en las próximas semanas aún no se refleje esta modificación en la herramienta informática, por los desarrollos que implica.
- Para el campo C19, valorPagoModerador, en facturas monousuario, el valor de la cuota moderadora no puede ser mayor que el valor del servicio en razón a que no es posible generar facturas con valores negativos y la recomendación en este caso es explicarle al paciente o acudiente y facturarle directamente a él, generando la FEV y su RIPS correspondiente con tipo usuario particular. Noten que el tipo de campo es numérico y debe diligenciarse siempre, así no aplique en cuyo caso se registra 0.
- El campo C20 numFEVPago Moderador es para registrar el número de la FEV que se expide al paciente o acudiente por concepto del pago moderador. Si no aplica se debe registrar “null”.
- El campo C21 consecutivo dependerá de la cantidad de consultas informadas en el RIPS para el usuario relacionado. El consecutivo dependerá de la cantidad de consultas informadas en el RIPS para el usuario relacionado

### 3.3.2. DATOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

Se registran los datos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, de protección específica y de detección temprana de enfermedad general o de enfermedad profesional. Los procedimientos incluyen la aplicación de

vacunas, procedimientos odontológicos incluidos los de promoción y prevención, procedimientos de laboratorio clínico, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, como la terapia física, la terapia respiratoria, infiltraciones, lavado gástrico, entre otros.

- En el campo P01 informar el número completo del código asignado al prestador en el proceso de habilitación por la secretaría de salud departamental o distrital. El código del prestador es el número de habilitación generado por el ente territorial correspondiente, informar el de 12 caracteres que incluye sedes.
- Para el campo P02 hay que recordar que semejante a lo comentado en el campo C02, la fecha del procedimiento debe estar dentro del intervalo que se establece en el XML como fecha inicio de facturación y fecha final. Se informa la fecha y hora en que se realizó el procedimiento en formato AAAA-MM-DD hh:mm.
- En el campo P03 se debe registrar el número del **ID de entrega** si el procedimiento no es financiado con cargo a la UPC. En caso contrario se debe registrar null, excepto en aquellos procedimientos que estando en el PBSUPC<sup>7</sup> se deben prescribir desde MIPRES,
- En el campo P04 se registra el número de autorización si el pagador lo emitió. Si es financiado con presupuesto máximo debe coincidir con el ID de prescripción registrado en el MIPRES.
- El CUPS del procedimiento se registra en el campo P05 y debe ser un código contenido en la Resolución vigente de CUPS. Si el procedimiento no se encuentra en la resolución, debe registrarse uno que se le parezca. Los prestadores no pueden crear CUPS. Ya se comentó el procedimiento para modificar la CUPS (Res 3804 de 2016). En el XML de la FEV se puede registrar el código y descripción que las partes hayan acordado, pero en el RIPS sólo se aceptan CUPS definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se plantean unas reglas de validación respecto a que el CUPS registrado efectivamente corresponda a un procedimiento (no puede ser de consulta, o de estancia o de traslado), que sea consistente con el sexo y edad del paciente, con el grupo de servicio y código del servicio que se registran en los campos P08 y P09, con el plan de beneficios registrado en los campos adicionales del sector salud del XML, con el diagnóstico, con el tiempo de estancia entre otras. Estas reglas de validación por ahora se marcan como de notificación.
- En el campo P06 se registra la vía de ingreso al servicio donde se ejecuta el procedimiento, según la tabla de referencia correspondiente.

---

<sup>7</sup> PBSUPC: Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

- Los campos P07, P08 y P09 no requieren explicación adicional a lo definida en la resolución.
- El campo P10 se refiere a la finalidadTecnologíaSalud: Valores permitidos 12 a 20, 22 a 44 en la tabla de referencia de SISPRO, columna Extra II: Procedimientos.
- Los campos P11 y P12 se diligencian con el tipo y número de documento de la persona que realizó el procedimiento.
- El campo P13, codDiagnósticoPrincipal: Debe registrarse el código del diagnóstico principal de la atención que se está brindando al paciente que, en lo posible, debe corresponder a una patología y por tanto no debe ser de los que inician por R, W, V o Z, con las excepciones de aquellos casos en los que no se ha establecido aún un diagnóstico siquiera presuntivo o no se trata de una patología, como es el caso de la hemoclasiificación o de la determinación de TSH neonatal, por ejemplo. En el caso de que el prestador no cuente con la historia clínica del paciente, por ejemplo, un laboratorio clínico o un centro radiológico, el diagnóstico debe venir en la orden del procedimiento emitida por el profesional tratante con el código CIE10. Todo diagnóstico principal referido riesgos laborales debe tener un diagnóstico relacionado referido al accidente o la enfermedad laboral. Importante anotar que, por ahora, la validación de este campo con el P05 será de notificación y por tanto no impide la generación del CUV, pero debemos propender por mejorar la calidad de la información, pues se ven casos en los que a un procedimiento de apendicectomía se le registra como diagnóstico “otros dolores abdominales”, por citar sólo un ejemplo.
- Los campos P14 codDiagnósticoRelacionado y P15 codComplicación corresponden al diagnóstico relacionado 1 y de la complicación, respectivamente y pueden quedar en blanco, para los casos de no tener información o no haberse presentado complicación. Es importante insistir con los profesionales asistenciales en el registro del diagnóstico relacionado, pues en ocasiones la justificación de realización de un procedimiento no está relacionado con el diagnóstico principal, sino con el relacionado. Para el diligenciamiento de este campo debe tomarse la información del registro asistencial elaborado por el profesional de la salud, que deberá constar en la orden de realización del servicio.
- El campo P16, valor del servicio, debe ser mayor que 1 si la modalidad de pago es por evento, en los demás casos se debe registrar 0.
- En el campo P17, concepto recaudo se debe registrar el código de dos caracteres según las posibilidades definidas en la tabla de referencia

correspondiente que se encuentra publicada en SISPRO. Tener en cuenta que no se pueden aplicar cuotas moderadoras a los afiliados al régimen subsidiado y obviamente este tipo de usuarios no puede registrar valores moderadores de planes voluntarios.

- Para el campo P18, valorPagoModerador: En facturas monousuario, el valor de la cuota moderadora no puede superar el valor del servicio, en razón a que no es posible generar facturas con valores negativos, por lo que se recomienda que estos casos se facturen directamente al paciente, explicando la situación. Es importante tener en cuenta que el valor que se registra en los campos adicionales del sector salud en el XML de la FEV debe corresponder con la sumatoria de cada uno de los tipos de pagos moderadores registrados en los distintos servicios del RIPS.
- Los campos P19 y P20 no requieren explicación adicional.

### **3.3.3. DATOS DE LA URGENCIA CON OBSERVACIÓN**

- La mayoría de los campos de este servicio no requieren explicación adicional, pues la mayoría de ellos ya han sido comentados.
- Las fechas de inicio de atención (R02) y fecha egreso (R11) deben estar dentro del intervalo fecha inicio y fecha fin facturación que se registra en el XML de la FEV.
- El campo R09 se debe diligenciar con los valores que se presentan en la tabla correspondiente.

### **3.3.4. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN**

- La mayoría de los campos de este servicio no requieren explicación adicional, pues la mayoría de ellos ya han sido comentados
- Para el caso de estancias prolongadas o cambio de pagador (por ejemplo, en atenciones de víctimas de accidentes de tránsito) se puede usar los campos H03 y H14 y para el campo H12 se creó en la tabla de referencia la opción 08: “paciente continua en el servicio (corte de facturación)”.

### **3.3.5. DATOS DE RECIÉN NACIDO**

- Estos datos deben diligenciarse obligatoriamente en los casos en que se haya atendido un parto vaginal o una cesárea y van en el RIPS que soporta la FEV de la atención de la madre.
- Para el campo N02 tipo de documento de identificación, se debe diligenciar

el tipo de documento del RN. Todo niño nacido en un prestador debe contar con documento de identificación, sea certificado de recién nacido vivo, o registro civil o MS para las poblaciones especiales. No se registra como anteriormente con el documento de la madre.

- Si el recién nacido es sano y la madre debe continuar hospitalizada y el bebé queda con ella en alojamiento conjunto, no es necesario hacer una admisión en hospitalización del recién nacido. Los procedimientos que se realizan como parte del protocolo de atención al recién nacido, se registran en la FEV y RIPS de la madre (hemoclasificación, TSH neonatal, VDRL, gota gruesa, vacunación)
- Si el recién nacido se debe hospitalizar, así sea en cuidados básicos neonatales, se le debe realizar admisión y por tanto tendrá su propia FEV y RIPS.

### 3.3.6. DATOS DE MEDICAMENTOS

- Los primeros tres campos no tienen necesidad de explicación adicional.
- En el campo M04 respecto de la fecha y hora de dispensación o administración, debe registrarse el dato en el formato establecido, en los pacientes hospitalarios o en urgencias para cada administración y en los pacientes ambulatorios la fecha y hora en que se entregaron los medicamentos al paciente para su consumo en su casa.
- En el campo M05 se registra el código de la CIE10 que justifica la prescripción del medicamento. Este puede ser presuntivo o confirmado y no debe ser en lo posible de los que inician por V, o Y. Igualmente para el campo M06 diagnóstico relacionado.
- En el campo M07, tipo de medicamento, las opciones son las definidas en la tabla de referencia "TipoMedicamentoPOSVersion2". En el caso de preparaciones magistrales se debe hacer un registro por cada uno de los principios activos si tiene más de uno, pero se aceptan preparaciones magistrales con un único principio activo cuando se modifica la concentración o la forma farmacéutica, como ocurre frecuentemente en pediatría.
- En el campo M08, código de la tecnología se refiere al código del medicamento. Debe preferirse el IUM, si no lo tiene, se registra el CUM y para las preparaciones magistrales cuyo principio activo no tenga ninguno de los dos, se debe registrar el código de la denominación común internacional, DCI para cada uno de ellos. La tabla de referencia se encuentra dispuesta en el SISPRO.

- Los campos M09, M10, M11 y M12 si el medicamento tiene IUM o CUM se diligencian estos campos con null, pero si es preparación magistral debe registrarse el nombre genérico de cada uno de los principios activos, con su concentración, unidad de medida y forma farmacéutica. Se incluye un cambio en el sentido de aceptar que una preparación magistral pueda tener un único principio activo. Dado que no se aceptan decimales en la concentración, se deberá usar en el campo M11 una opción en la unidad de medida que permita el registro en enteros. Por citar un ejemplo 0,5 grs, cuya unidad de medida es gramos, (código 62) se puede seleccionar la unidad de medida miligramos (código 168) y expresar 500 en el campo M10. Para el campo M10 se acepta la posibilidad de que haya preparaciones magistrales con un único principio activo. Es posible que, durante las primeras semanas de febrero de 2025, aun no se hayan concluido los ajustes a la herramienta.
- En el campo M13 se registra la unidad mínima de dispensación, conforme la tabla de referencia.
- En el campo M14 se registra la cantidad de unidades mínimas dispensadas o administradas, para las preparaciones magistrales se registra en uno de los principios activos y en los demás se registra cero.
- El campo M15 se diligencia con el número de días de tratamiento, y acepta hasta 3 caracteres, No acepta decimales, por lo que se debe aproximar al número más alto de días. En las preparaciones magistrales se diligencia para uno de los principios activos y en los demás se diligencia 0.
- En los campos M16 y M17 se debe registrar el tipo y número de documento del profesional que prescribe el medicamento.
- En el campo M18 sobre el valor unitario del medicamento se refiere al valor pactado por unidad mínima de dispensación. Debe ser mayor de 0, si la modalidad de pago es evento en los demás casos se registra 0. Es importante considerar que, en caso de haber pactado descuentos, en este campo, se debe registrar el valor del servicio ya realizado el descuento. Igual condición aplica para el campo M19 sobre el valor total.
- En el campo M20 se registra el concepto de recaudo para identificar el tipo de pago moderador, las opciones están contenidas en la tabla “conceptorecaudo” que se encuentra disponible en SISPRO. Tal como ya se ha expresado el Decreto 1652 de 2022 prohíbe el cobro de cuota moderadora a los afiliados al régimen subsidiado. Debe incluirse dentro de las opciones posibles los copagos, tal como lo dispone el Decreto 1652 de 2022. Es de anotar un error de digitación en el campo M20 que dice que los valores

permitidos son 01: cuota moderadora y no incluye la posibilidad de copago. Realmente, conforme la tabla de referencia los códigos son 01: copago; 02: cuota moderadora; 03: Pagos compartidos en planes voluntarios de salud; 04: Anticipos y 05: No aplica.

- Los demás campos no requieren explicación adicional.

### 3.3.7. DATOS DE OTROS SERVICIOS

- Los campos S01 a S04 no requieren explicación adicional, porque aplican los mismos comentarios realizados en otros tipos de datos
- En el campo S05 se debe registrar el tipo de otros servicios, conforme las opciones definidas en la tabla de referencia que al respecto se encuentra en SISPRO. Los APME de uso hospitalarios ya se encuentran incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC. Si se registran estancias, debe haber datos en hospitalización y/o en urgencias con observación.
- En el campo S06 se debe registrar el código del otro servicio. Si en el campo S05 el tipo de OS fue 01, dispositivos médicos el código se deberá usar el IDM, identificador del dispositivo médico, cuando Minsalud e INVIMA lo implementen. Mientras, se puede usar el UDI (Unique Device Identifier)<sup>8</sup> Si tampoco se dispone de este UDI, se puede usar el código que tenga el prestador o proveedor tecnológico. Para los demás tipos de otros servicios (estancias, honorarios, traslados) se deben usar los CUPS. Para el caso de honorarios se debe registrar el CUPS del procedimiento. Para los servicios complementarios se deben usar los códigos que están en la tabla de referencia **MIPRES** (ver <https://tablas.sispro.gov.co/TestMiPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx>). En caso de que el dispositivo se encuentre gravado con IVA, en el RIPS se debe registrar el valor con IVA, ya que el mecanismo único de validación exige que los valores registrados en la factura coincidan con los del JSON. El Ministerio de Salud y Protección Social está adelantando gestiones ante la DIAN para identificar aquellos insumos médicos gravados y en una próxima versión del validador se podrían incluir ajustes para registrar sin IVA.
- En el campo S07 se debe registrar el nombre de la tecnología si es un dispositivo médico o un insumo. En los demás casos se puede registrar null.
- En el campo S08 se informa la cantidad de otros servicios en unidades, excepto en el caso de honorarios donde se debe informar 1.

<sup>8</sup> Según la FDA, el UDI-DI (Identificador único de dispositivos) es un código numérico o alfanuméricico único asignado a cada dispositivo médico o reactivo de diagnóstico in vitro con el fin de diferenciarlo a nivel internacional. En <https://gs1co.org/redes-de-valor/servicios-de-salud/codigo-udi-di-y-estandar-semantico>

- La opción de honorarios se dispone para su uso en 2 situaciones de facturación, bajo la modalidad de pago por evento:
  - **Profesional independiente habilitado:** Cuando el profesional independiente habilitado, es contratado directamente por la EPS/pagador para prestar sus servicios (consultas, procedimientos, etc.), a un grupo de pacientes en la sede de otro PSS habilitado y en su consultorio. P. Ej. Contratan al profesional independiente para realizar las cirugías de un grupo de afiliados a quien también atiende en su consulta. En este caso ese profesional independiente, diligencia el RIPS soporte de la FEV en salud, diligenciando en el RIPS los datos de las consultas realizadas en su consultorio y en otros servicios los honorarios profesionales pactados para los cuales diligencia el CUPS del procedimiento realizado (catarata, herniorrafía, etc.) y el valor de dichos honorarios. El PSS donde se realiza el procedimiento quirúrgico reporta la realización de este diligenciando el valor de los diferentes servicios realizados durante la internación o servicio ambulatorio del paciente (consultas, medicamentos, otros servicios y procedimientos, incluida la cirugía -CUPS- realizada por el profesional independiente). Para evitar duplicar el procedimiento el MSPS en el RIPS histórico unifica registros asociando el usuario y el procedimiento realizado.
  - **Uso de manual tarifario:** Cuando en apego a un manual tarifario de referencia (SOAT, ISS, otros) un PSS (IPS) debe identificar los valores de honorarios de cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, para lo cual diligencia en “otros servicios” la opción de honorarios igualmente usando el código CUPS del procedimiento realizado en el cual intervinieron estos profesionales (apendicetomía, herniorrafía, etc.). Se diferencia el registro de estos honorarios y su especialidad por el ID del profesional. El resto de los servicios en internación o de cirugía ambulatoria, se diligencian según corresponda (consultas, procedimientos, medicamentos, ayudas diagnósticas, etc.)
- Los demás campos no requieren explicación adicional

En el Anexo 1 de la resolución se presenta una exemplificación de cómo se vería el JSON de un RIPS con todos los campos de datos diligenciados.

## TABLAS DE REFERENCIA

Para el correcto diligenciamiento de los campos de datos definidos en el anexo técnico 1 de la Resolución 2275 de 2023, se establecen las siguientes tablas de

referencia que dependiendo del campo, resultan transversales a todos los sistemas de información que maneja el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente los relacionados con los campos de datos relevantes para la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (Resolución 866 de 2021) y el relacionamiento y trazabilidad del RIPS con la FEV en salud.

En la siguiente sección se detalla el universo de las tablas de referencia a utilizar en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, de acuerdo con los objetos definidos para cada campo de datos asociados a ellas.

**Tabla 1: Tablas definidas para FEV-RIPS**

#	Objeto	CodCampo	Campo	NombreTabla
1	Transacción	T03	tipoNota	TipoNota
2	Usuario Consultas Procedimientos Recién Nacidos Medicamentos otrosServicios	U01 C15 P11 N02 M16 S09	TipoDocumentoIdentificacion	TipoldPISIS
3	Usuario	U03	TipoUsuario	RIPSTipoUsuarioVersion2
4	Usuario recienNacidos	U05 N07	codSexo codSexoBiologico	Sexo
5	Usuario	U06 U11	codPaisResidencia codPaisOrigen	País
6	Usuario	U07	codMunicipioResidencia	Municipio
7	Usuario	U08	codZonaTerritorialResidencia	ZonaVersion2
8	Usuario	U09	Incapacidad	LstSiNo
9	Consultas Procedimientos Urgencias Hospitalizaciones recienNacidos Medicamentos otrosServicios	C01 P01 R01 H01 N01 M01 S01	codPrestador	IPSCodHabilitacion IPSNoREPS
10	Consultas Procedimientos otrosServicios	C04 P05 S06	codConsulta codProcedimiento codTecnologiaSalud	CUPSRips
11	Consultas Procedimientos	C05 P07	modalidadGrupoServicioTec Sal	ModalidadAtencion
12	Consultas Procedimientos	C06 P08	grupoServicios	GrupoServicios
13	Consultas Procedimientos	C07 P09	codServicio	Servicios
14	Consultas Procedimientos	C08 P10	finalidadTecnologiaSalud	RIPSPFinalidadConsultaVersion2
15	Consultas Urgencias	C09 R03	causaMotivoAtencion	RIPSCausaExternaVersion2

#	Objeto	CodCampo	Campo	NombreTabla
	Hospitalizaciones	H05		
16	Consultas	C10	codDiagnosticoPrincipal	CIE10
		C11	codDiagnosticoRelacionado	
		C12	1	
		C13	codDiagnosticoRelacionado	
	Procedimientos	P13	2	
		P14	codDiagnosticoRelacionado	
		P15	3	
	Urgencias	R04	codDiagnosticoPrincipal	
		R05	codDiagnosticoRelacionado	
		R06	1	
		R07	codComplicacion	
		R08	codDiagnosticoPrincipaldeIn	
		R10	greso	
	Hospitalizaciones	H06	codDiagnosticoPrincipalEgre	
		H07	so	
		H08	codDiagnosticoRelacionado	
		H09	E1	
		H10	codDiagnosticoRelacionado	
		H11	E2	
	Recién nacidos	H13	codDiagnosticoRelacionado	
		N09	E3	
	Medicamentos	N11	codDiagnosticoCausaMuerte	
		M05	codDiagnosticoPrincipalIngr	
		M06	eso	
			codDiagnosticoPrincipalE	
			codDiagnosticoRelacionado	
			E1	
			codDiagnosticoRelacionado	
			E2	
			codDiagnosticoRelacionado	
			E3	
			codComplicacion	
			codDiagnosticoCausaMuerte	
			codDiagnosticoPrincipal	
			codDiagnosticoCausaMuerte	
			codDiagnosticoPrincipal	
			codDiagnosticoRelacionado	

# CAPÍTULO 4. VALIDACIÓN DE LOS DATOS

## 4.1. MECANISMO DE VALIDACIÓN

El Ministerio dispone de dos alternativas de solución tecnológica para realizar el proceso de validación de los documentos electrónicos junto con los RIPS (JSON) como soporte de la FEV en salud (contenedor electrónico DIAN), estas soluciones tecnológicas se detallan a continuación.

Sobre el contenedor electrónico DIAN, debe precisarse que este incluye el documento electrónico transmitido a la DIAN (factura electrónica, nota crédito o nota débito, según corresponda), y el documento de aprobación por parte de la DIAN “ApplicationResponse”. Para su transmisión a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, no debe realizarse ninguna modificación a este conjunto de documentos.

### 4.1.1. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR

Esta solución va dirigida a facturadores electrónicos del sector salud o entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, que no tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio y que para su utilización requieren de la transmisión manual, individual o múltiple, del conjunto de archivos de información.

Nota: El funcionario del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social ([www.MiseguridadSocial.gov.co](http://www.MiseguridadSocial.gov.co)), consultar el documento “*GUÍA DE AUTENTICACIÓN*”, donde se encuentran los detalles para adelantar el registro e instalación de la solución tecnológica, y los requerimientos mínimos para su implementación.

Esta solución se compone de 11 módulos de validación que deberán utilizarse dependiendo de la necesidad y el momento de transmisión del conjunto de información que se requiera, y que corresponden a:

#### 4.1.1.1. MÓDULO FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

El módulo de factura electrónica de venta -FEV permite la transmisión de la FEV en salud junto con el RIPS soporte.

Las exemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al conjunto de información de factura electrónica de venta – FEV - en salud (archivo en formato XML) y RIPS (archivo en formato JSON), que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas de estructura, contenido y relación dispuestas en los anexo 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de facturación y generación de documentos electrónicos relacionados con la factura (NC/ND) y notas de ajustes, para las siguientes modalidades de pago:

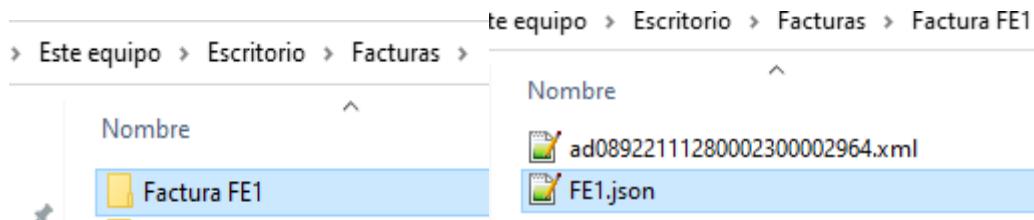
- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Vale resaltar que, estas exemplificaciones permiten identificar el detalle de la generación de los archivos incluyendo una cantidad acotada de usuarios y servicios para cada modalidad de pago, que podrá variar en la medida de la necesidad del facturador electrónico del sector salud, que podrá elaborar facturas monousuario o multiusuario y sus RIPS soporte.

Este módulo espera recibir los siguientes archivos para realizar el proceso de validación.

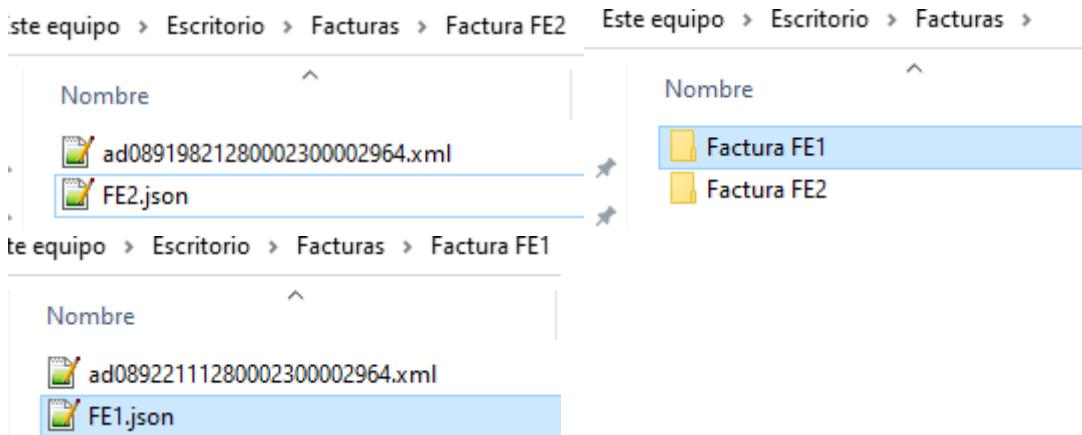
- 1.- El documento XML correspondiente al contenedor electrónico DIAN “AttachedDocument” que contiene la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y el ApplicationResponse.
2. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.

Estos documentos deben estar contenidos dentro de una carpeta, la cual no debe estar comprimida (.zip).



En caso de requerir transmitir múltiples facturas y su RIPS soporte, se deberá cargar una carpeta que en su interior contenga las **N** cantidad de subcarpetas de cada conjunto de información (FEV en salud y RIPS), respetando la estructura

anteriormente informada para cada factura.



#### 4.1.1.2. MÓDULO NOTA CRÉDITO TOTAL.

El módulo de nota crédito total permite transmitir la nota crédito total asociada a una FEV en salud. Este módulo no requiere la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota crédito total.

Las exemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al XML de la nota crédito, que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas dispuestas en el anexo 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de generación del documento electrónico tipo nota crédito total.

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Nota: En la generación de la nota crédito total, los valores de los recaudos de pagos moderadores/anticipos informados en la FEV no se deberán reportar, en la medida en que el resultado de la operación corresponde a la anulación de la FEV y de los valores involucrados en la misma.

El mecanismo único de validación espera recibir el siguiente archivo para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico "AttachedDocument" que contiene la nota crédito en salud y el ApplicationResponse.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.

Este equipo > Escritorio > NC Total > NCT1

Nombre
 ad08111225160232211812151504_NCT100.xml

Este equipo > Escritorio > NC Total >

Nombre
 NCT1

Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener **N** cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

Este equipo > Escritorio > NC Total >

Nombre
 NCT1
 NCT2

Este equipo > Escritorio > NC Total > NCT1      Este equipo > Escritorio > NC Total > NCT2

Nombre
 ad08111225160232211812151504_NCT100.xml

Nombre
 ad08111225160232211812151504_NCT101.xml

#### 4.1.1.3. MÓDULO NOTA CRÉDITO PARCIAL.

El módulo de nota crédito parcial permite transmitir la nota crédito que afecta parcialmente una FEV en salud. Este módulo requiere adicional a la nota crédito parcial, la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota crédito parcial. Este RIPS contiene únicamente los registros de servicios aceptados en glosa y su valor.

Las exemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al conjunto de información de Nota crédito parcial (archivo en formato XML) y RIPS (archivo en formato JSON), que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas de estructura, contenido y relación dispuestas en los anexo 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de NC parcial y generación de documentos electrónicos

relacionados con la factura (NC/ND) y notas de ajustes, para las siguientes modalidades de pago:

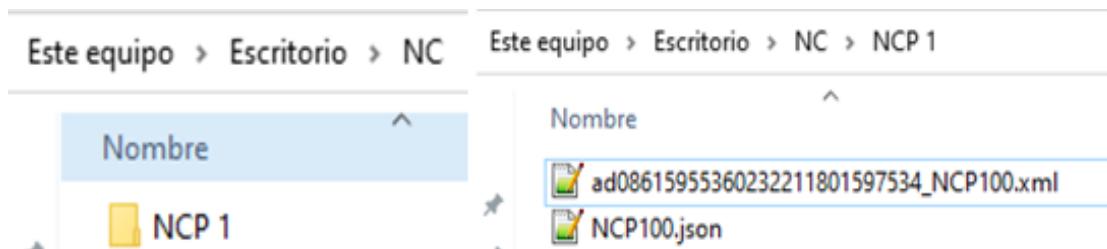
- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

Nota: En la generación de la NC parcial, los valores de los recaudos de pagos moderadores/anticipos informados en la FEV no se deberán reportar ni modificar, en razón a que dichos valores fueron legalizados al ser incluidos en la FEV en salud inicialmente validada.

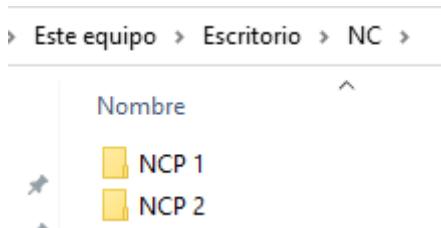
El mecanismo único de validación espera recibir los siguientes archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la nota crédito.
2. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud objeto de nota crédito parcial.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.



Nombre
 ad08615955360232211801597534_NCP100.xml
 NCP100.json

Nombre
 ad08615955360232211801597534_NCP101.xml
 NCP101.json

#### 4.1.1.4. MÓDULO NOTA DÉBITO

El módulo de nota débito del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de nota débito que afecta una FEV en salud que fue radicada y sobre la cual procede el reconocimiento de un mayor valor al inicialmente facturado. Este módulo requiere la transmisión de un archivo RIPS soporte de la nota débito.

Las exemplificaciones que se disponen a continuación corresponden al conjunto de información de Nota débito (archivo en formato XML) y RIPS (archivo en formato JSON), que será transmitido a este módulo del mecanismo único de validación del Ministerio y contienen la información necesaria de cada uno de los campos de datos, diligenciada cumpliendo con las reglas de estructura, contenido y relación dispuestas en los anexo 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023, permitiendo identificar ejemplos de Nota débito y generación de documentos electrónicos relacionados con la factura (NC/ND) y notas de ajustes, para las siguientes modalidades de pago:

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta.
- Pago global prospectivo.
- Pago por evento.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la nota débito.
2. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Nota débito

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.

<p>Este equipo &gt; Escritorio &gt; Nota Debito</p> <p>Nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ND 1</li> </ul>	<p>Este equipo &gt; Escritorio &gt; Nota Debito &gt; ND 1</p> <p>Nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ad08600155360232211806975304_ND100.xml</li> <li>ND100.json</li> </ul>
--	--

Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

<p>Este equipo &gt; Escritorio &gt; Nota Debito &gt;</p> <p>Nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ND 1</li> <li>ND 2</li> <li>ND 3</li> </ul>	<p>Este equipo &gt; Escritorio &gt; Nota Debito &gt; ND 2</p> <p>Nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ad08601234360232211987475304_ND102.xml</li> <li>ND102.json</li> </ul>
	<p>Este equipo &gt; Escritorio &gt; Nota Debito &gt; ND 3</p> <p>Nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ad08601234360232211987475304_ND103.xml</li> <li>ND103.json</li> </ul>

## NOTA GENERAL

Para las modalidades de pago a continuación relacionadas, se debe tener en cuenta para la generación de los RIPS las siguientes reglas:

- Pago individual por caso / Conjunto integral de atenciones / Paquete / Canasta, en el campo vrServicio, se debe generar en valor en CEROS.
- Pago global prospectivo: en el campo vrServicio de los RIPS a reportar, debe venir en CEROS.
- Pago por evento: En el campo vrServicio de los servicios a reportar, se debe relacionar el valor del servicio consumido. NO puede ir en CEROS.

### 4.1.1.5. MÓDULO NOTA AJUSTE DE RIPS

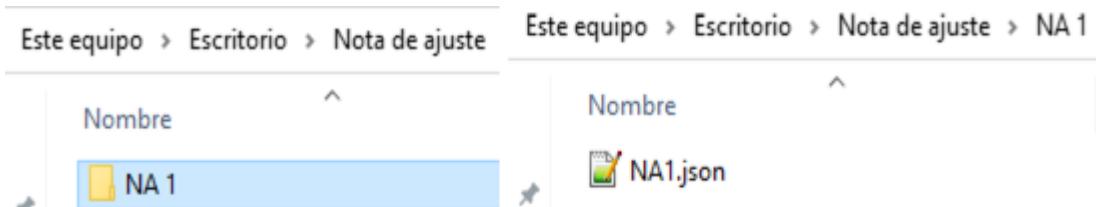
El módulo de nota ajuste de RIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS asociado a una FEV en salud que fue radicada, para actualizar el RIPS inicialmente presentado como

soporte de esta, en los casos de campos de datos objeto de glosa relacionada con su contenido, y en los cuales no se afecta el valor monetario de la factura. Este módulo requiere únicamente la transmisión del archivo RIPS.

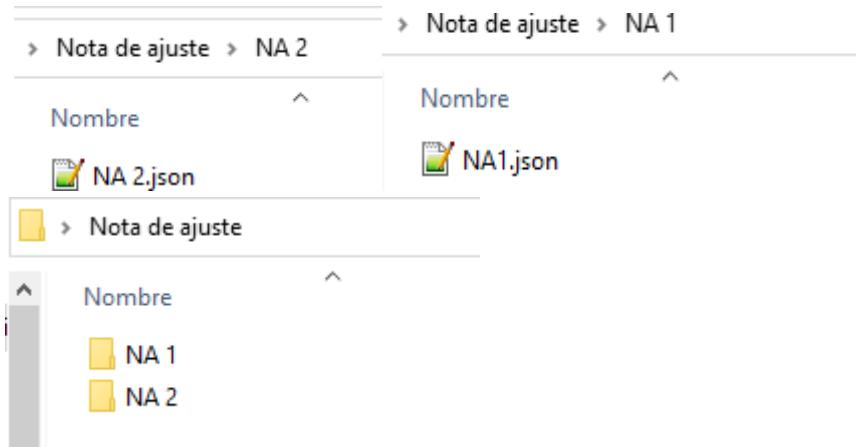
El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento JSON que corresponde al archivo que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud objeto de nota ajuste de RIPS.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener N cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.



#### 4.1.1.6. MÓDULO RIPS SIN FACTURA

El módulo de RIPS sin factura del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS que deben reportar las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios en salud y las demás entidades como universidades y centro de investigación que realizan actividades de salud obligadas a reportar RIPS que no facturan estas actividades.

También puede ser usado por los PSS, correspondiente a Profesionales

Independientes (PI) que, no estando obligados a facturar, prestan atención a los ciudadanos.

El mecanismo de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación:

1. El documento JSON que corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.

Portapapeles		
Organizar		
Este equipo > Escritorio > FEV > RIPS Sin Factura		
Nombre	Fecha de modificación	Tipo
RipsSinFE_1.json	1/11/2023 8:38 p. m.	Archivo JSON

Así mismo, se puede cargar una carpeta que en su interior puede contener **N** cantidad de subcarpetas respetando la estructura anteriormente informada.

Portapapeles		
Organizar		
Este equipo > Escritorio > FEV > RIPS Sin Factura >		
Nombre	Fecha de modificación	Tipo
RipsSinFE_1	1/11/2023 8:40 p. m.	Carpeta de documentos
RipsSinFE_2	1/11/2023 8:40 p. m.	Carpeta de documentos
Este equipo > Escritorio > FEV > RIPS Sin Factura > RipsSinFE_2		
Nombre	Fecha de modificación	
RipsSinFE_2.json	1/11/2023 8:38 p. m.	
Este equipo > Escritorio > FEV > RIPS Sin Factura > RipsSinFE_1		
Nombre	Fecha de modificación	Tipo
RipsSinFE_1.json	1/11/2023 8:38 p. m.	Archivo JSON

## NOTA GENERAL

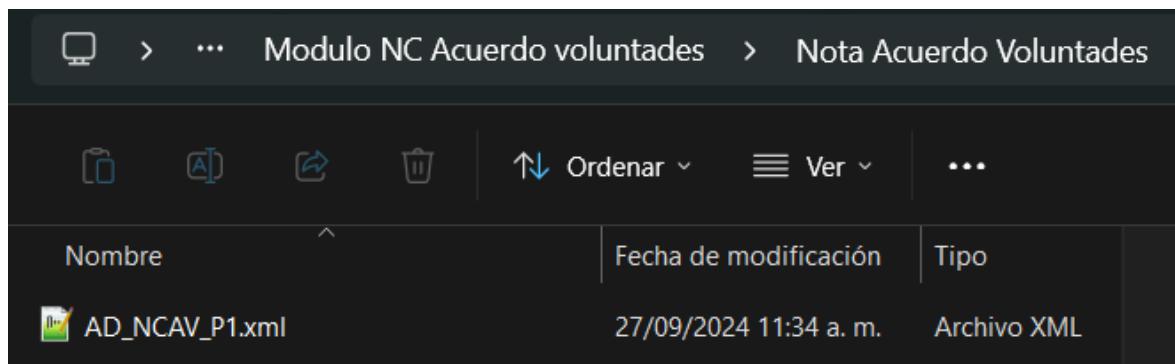
Minsalud, ha dispuesto de una herramienta denominada Conversor, que permite efectuar la conversión de archivos planos de los RIPS en formato de la Resolución 3374 de 2000 a JSON.

#### 4.1.1.7. MÓDULO NOTA CRÉDITO SIN RIPS. NOTA CRÉDITO ACUERDO DE VOLUNTADES

El módulo de factura o nota crédito acuerdo de voluntades sin RIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las NCFEV en salud relacionadas con el seguimiento a la ejecución del contrato, que no afectan el RIPS que soporta la FEV en salud.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” que contiene la nota crédito en salud y el ApplicationResponse.



Nombre	Fecha de modificación	Tipo
AD_NCAV_P1.xml	27/09/2024 11:34 a.m.	Archivo XML

#### 4.1.1.8. MÓDULO FACTURA CAPITA

El módulo de Facturación por Cápita del mecanismo único de validación corresponde a la funcionalidad para la recepción de los documentos electrónicos, para lo cual el Ministerio de Salud dispone de 4 módulos para la recepción de la información que corresponden a:

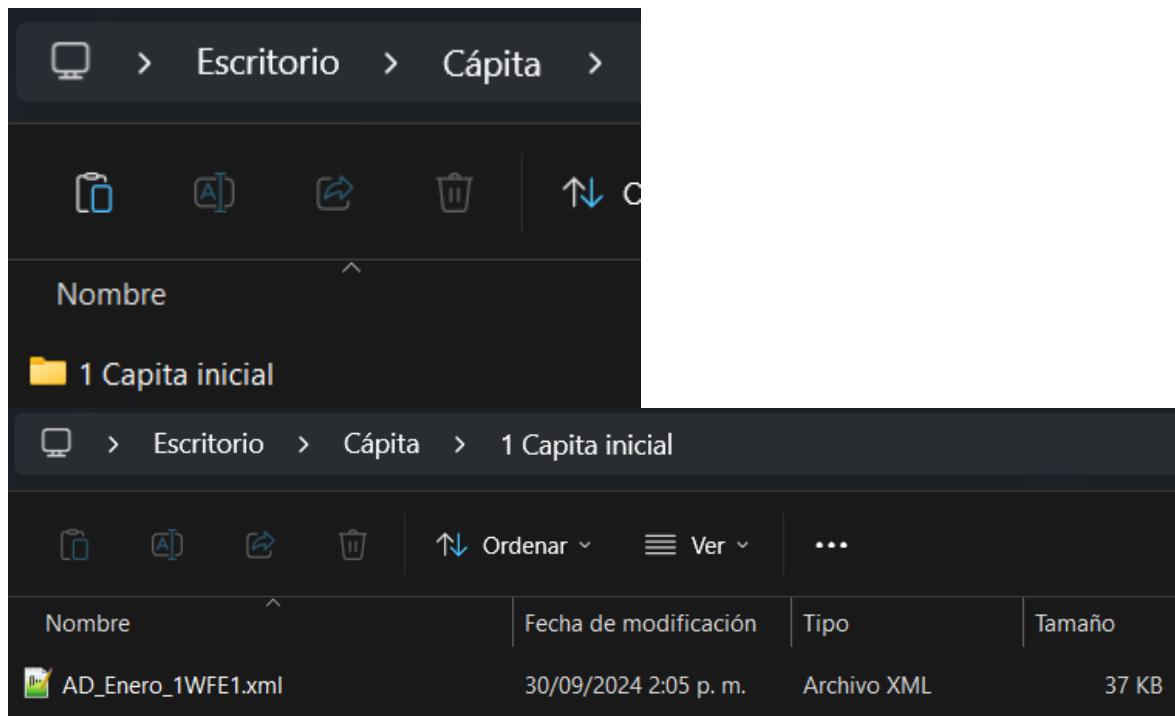
##### 4.1.1.8.1. MÓDULO CÁPITA INICIAL.

El módulo de Cápita Inicial del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de la primera FEV en salud.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta del primer periodo del contrato de cápita.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



#### 4.1.1.8.2. MÓDULO CÁPITA POR PERÍODO.

El módulo de Cápita por periodo del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de la factura electrónica de venta -FEV y los RIPS soporte.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta del siguiente periodo a facturar.
2. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales soporte de la FEV del periodo anterior.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.



Escritorio > Cápita > 2 capita por periodo >

Nombre	Fecha de modificación	Tipo
2. Febrero	8/10/2024 10:28 a. m.	Carpeta de archivos

Escritorio > Cápita > 2 capita por periodo > 2. Febrero

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
AD_Febrero_1WFE2.xml	30/09/2024 2:06 p. m.	Archivo XML	39 KB
RIPS_Enero_1WFE1.json	30/09/2024 2:06 p. m.	Archivo JSON	143 KB

#### 4.1.1.8.3. MÓDULO CÁPITA FINAL

El módulo de Cápita final del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del RIPS soporte del último RIPS soporte a la última factura transmitida por el contrato suscrito.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales soporte de la FEV del último periodo.

Dicho documento debe estar contenido dentro de una misma carpeta.

Escritorio > Cápita > 3 Capita final

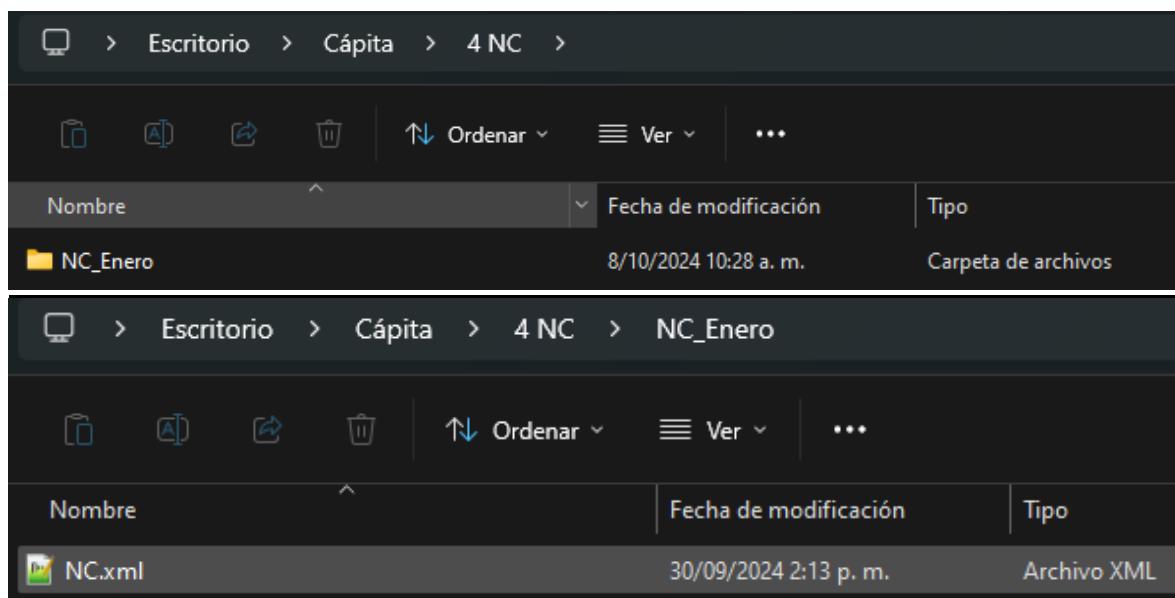
Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
RIPS_Mayo.json	30/09/2024 2:09 p. m.	Archivo JSON	143 KB

#### 4.1.1.8.4. MÓDULO NOTA CRÉDITO CÁPITA

El módulo de NC Cápita del mecanismo único de validación corresponde a la función para la transmisión de notas créditos, que afecta una FEV en salud de cápita.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

1. El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” que contiene la nota crédito en salud y el ApplicationResponse.



#### 4.1.2 SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES

Esta solución va dirigida a facturadores electrónicos del sector salud o a entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, que tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, para permitirles la transmisión automatizada de múltiples conjuntos de archivos de información.

Nota: El funcionario del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social ([www.MiseguridadSocial.gov.co](http://www.MiseguridadSocial.gov.co)), consultar el documento “*GUÍA DE AUTENTICACIÓN MECANISMO ÚNICO DE VALIDACION DEL RIPS COMO*

*SOPORTE DE LA FEV EN SALUD PLATAFORMA CLIENTE/SERVIDOR*", donde se encuentran los detalles para adelantar el registro e instalación de la solución tecnológica, y los requerimientos mínimos para su implementación.

Esta solución se compone de 11 módulos de validación que deberán utilizarse dependiendo de la necesidad y el momento de transmisión del conjunto de información que se requiera, y que corresponden a:

#### 4.1.2.1 MÉTODO CARGARFEVRIPS

El método cargarFEVRIPS del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de FEV- en salud junto con el RIPS soporte, como trámite previo a la radicación de la factura mediante la cual se realiza el cobro de las atenciones realizadas.

El método **cargaFEV** espera recibir los siguientes parámetros para el consumo del servicio:

- **RIPS**: Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Factura electrónica de venta en sector salud.
- **XMLFEVFile**: Corresponde a un arreglo de bytes con el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta en sector salud.

#### 4.1.2.2 MÉTODO CARGARNCTOTAL

El método CargaNCTotal del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas créditos totales asociadas a anulación/afectación a la factura electrónica de venta referenciada las cuales no requieren la transmisión de los RIPS, en todo caso al ser transmitido los RIPS el sistema no generará rechazo y marcará dicha factura como anulación/afectación total.

El método **cargaNCTotal** espera recibir los siguientes parámetros para el consumo del servicio:

- **RIPS**: Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Nota crédito
- **XMLFEVFile**: Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la nota crédito

#### 4.1.2.3 MÉTODO CARGARNCPARcial

El método cargarNCParcial del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas créditos que afectan parcialmente la factura electrónica referenciada y que han sido producto de las glosas aceptadas. Para este módulo se requiere sea transmitida la nota crédito junto con los RIPS que soportan esta operación.

El método **cargaNCParcial** espera recibir el siguiente parámetro para el consumo del servicio:

- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la nota crédito
- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados a la Nota crédito

#### 4.1.2.4 MÉTODO CARGARND

El método CargaND del Mecanismo único de validación corresponde a la validación de las Notas débito que afectan la factura electrónica referenciada. Para este módulo se requiere ser transmitida la nota debito junto con los RIPS que soportan esta operación.

El método cargaND espera recibir los siguientes parámetros para para el consumo del servicio:

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.
- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo de bytes que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la nota débito

#### 4.1.2.5 MÉTODO CARGARNAJUSTE

El método CargarNA del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del archivo RIPS asociado a una FEV en salud que fue radicada, para actualizar el RIPS inicialmente presentado como soporte de esta, en los casos de campos de datos objeto de glosa relacionada con su contenido, y en los cuales no se afecta el valor monetario de la factura. Este módulo requiere



únicamente la transmisión del archivo RIPS.

El método CargarNA espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio:

RIPS: Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.

#### **4.1.2.6 MÉTODO CARGARRIPSSINFACTURA**

El método CargarRipsSinFactura está habilitado para las empresas con objeto social diferente a la Prestación de Servicios en Salud, o los prestadores del Régimen Especial o de Excepción y otras, como universidades y centro de investigación que realizan actividades de salud (consultas de seguimiento a pacientes en estudios de investigación, aplicación de biológicos o medicamentos) que no facturan.

El método CargaRIPSSinFactura espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio:

- RIPS: Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.

#### **4.1.2.7 MÉTODO CARGARNCACUERDOVOLUNTADES**

El método CargarNCAcuerdoVoluntades del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las notas créditos a FEV las cuales no requieren la transmisión del RIPS soporte en salud, puesto que no habrá modificación de las actividades o servicios registrados en el RIPS inicial.

El método CargarNCAcuerdoVoluntades espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio: /api/PaquetesFevRips/Cargar

- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo en base64 que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la nota crédito.

#### **4.1.2.8 MÉTODO CAPITA**

El método FEVCapita del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de las FEV en salud cuando estas fueron elaboradas bajo esta modalidad de contratación.

El mecanismo único de validación expone los siguientes métodos para el flujo de capita:

#### 4.1.2.8.1. MÉTODO CARGARCAPITAINICIAL

El método de Cápita Inicial del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de la primera FEV en salud, la cual va sin RIPS.

El método **CARGARCAPITAINICIAL** espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio: /api/PaquetesFevRips/Cargar

- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo en base64 que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta.

#### 4.1.2.8.2. MÉTODO CARGARCAPITAPERIODO

El método de Cápita por periodo del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión de la factura electrónica de venta -FEV y los RIPS soporte, correspondientes a los servicios prestados en el período anterior.

El método **CARGARCAPITAPERIODO** espera recibir el siguiente parámetro para para el consumo del servicio: /api/PaquetesFevRips/Cargar

- **RIPS:** Es el documento tipo JSON que contiene los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud asociados.
- **XMLFEVFile:** Corresponde a un arreglo en base64 que contiene el contenedor electrónica DIAN
- “AttachedDocument” de la factura electrónica de venta.

#### 4.1.2.8.3. MÉTODO CARGARCAPITAFINAL

El método de Cápita por final del mecanismo único de validación corresponde a la función para iniciar la transmisión del RIPS soporte del último RIPS soporte a la última factura transmitida por el contrato suscrito.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

- El documento JSON que corresponde al documento que contiene los Registros Individuales soporte de la FEV del último periodo.

#### 4.1.2.8.4. MÉTODO CARGARNCCAPITA

El módulo de NC Cápita del mecanismo único de validación corresponde a la función para la transmisión de notas créditos, que afecta una FEV en salud de cápita.

El mecanismo único de validación espera recibir la siguiente estructura de archivos para realizar el proceso de validación.

- El documento XML correspondiente al contenedor electrónico “AttachedDocument” que contiene la nota crédito en salud y el ApplicationResponse.

#### 4.1.3. PROCESO DE VALIDACIÓN DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD

El Mecanismo único de validación del Ministerio implementará las reglas dispuestas en la Resolución 2275 de 2023 descritas en el numeral 3 Generación de los datos. Estas reglas están divididas por notificaciones (N) y rechazos (R) las cuales están descritas con las columnas **Regla** y **Mensaje**, donde el sistema retornará la regla y el rechazo el código de la regla descrita en la columna **ID Validación**. Así mismo se informa el detalle de los campos en el numeral 4.5 de este documento.

## 4.2. RESULTADOS

Una vez validado los documentos a través de alguno de los mecanismos descritos sobre este capítulo el sistema generará mensajes de notificación y/o rechazo cuando aplique, los cuales se dividen en:

### 4.2.1. VALIDACIONES GENERALES DEL RIPS.

Las validaciones generales corresponden a la aplicación de las reglas de estructura del RIPS las cuales se divide en:

#### 4.2.1.1. ESTRUCTURA Y SINTAXIS

La validación de la estructura de los RIPS en formato JSON se lleva a cabo mediante la implementación de "Schema de validación JSON". Estos esquemas permiten describir con precisión la estructura y las restricciones que deben cumplir los datos en formato JSON. Proporcionan un conjunto de reglas detalladas, especificando las propiedades necesarias, los tipos de datos permitidos, restricciones en los valores y más.

Los JSON Schema son esenciales para garantizar la integridad de los datos JSON, asegurando que cumplan con criterios predefinidos y la sintaxis del estándar establecido.

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVG01	R	Solo se podrá validar los RIPS si cumplen con la estructura establecida.	Los RIPS no cumplen con la estructura establecida.	1
RVG02	R	Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta y demás documentos electrónicos.	Los datos de RIPS no coinciden con los informados en la factura electrónica de venta y demás documentos electrónicos.	1
RVG03	R	Los RIPS deben contener registros de servicios prestados.	No se encuentran servicios prestados relacionados con la factura.	1
RVG04	R	El dato informado debe corresponder al tipo de dato requerido.	El dato informado no corresponde al tipo de dato requerido.	1
RVG05	R	El dato informado debe corresponder al tamaño de dato requerido.	El dato informado no corresponde al tamaño de dato requerido.	1
			El dato informado no corresponde al contenido requerido   M07 – Cuando se informan preparaciones magistrales (tipoMedicamento (M07) = “03”) el conjunto de propiedades (numAutorizacion (M02), fechaDispensAdmon (M04), unidadMinDispensa (M13),	2

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVG06	R	El dato informado debe corresponder al contenido requerido.	tipoMedicamento (M07), debe registrarse en más de un objeto del tipo de servicio Medicamentos, donde el conjunto de propiedades mencionadas coincida en sus valores, cuando se trate de preparaciones con más de un principio activo, El dato informado no corresponde al contenido requerido – M10 Debe existir un valor diferente a null / Vacío / 0 para el caso que sea identificado el tipoMedicamento como "03" preparación magistral	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M11 El valor informado no corresponde a un valor de la tabla UMM	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M12 El dato informado de la tabla FFM no es igual en todos los principios activos que componen la fórmula magistral	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M12 El valor informado no corresponde a un valor de la tabla FFM	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M13 El dato informado de la tabla UPR no es igual en todos los principios activos que componen la fórmula magistral	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M13 El código informado para la unidad de medida del principio activo no corresponde a un código de la tabla UPR	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M14 Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de unidades del medicamento dispensadas o administradas en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0).	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M15 Para preparación magistral, debe diligenciarse la cantidad de días de tratamiento en solo uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0)	2
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M18 Para preparación magistral puede registrarse el valor unitario de cada principio activo utilizado en la preparación, o la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, caso en el cual se registra este valor en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos	2

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
			este campo se diligencia con cero (0)	
			El dato informado no corresponde al contenido requerido – M19 Para preparación magistral debe registrarse el valor total que corresponde a la sumatoria del valor unitario de todos los principios activos, este valor se diligencia en solo uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0)	2
			Los usuarios registrados deben estar informados en al menos uno de los tipos de registros.	1
RVG07	R	Los usuarios registrados en la clasificación de usuarios deben estar relacionados en los datos de servicios.	La sumatoria de los valores de los servicios prestados no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta.	1
RVG08	R	El valor reportado en los servicios debe coincidir con el valor de la factura electrónica de venta.	La sumatoria de los valores de los pagos moderadores no corresponde al valor informado en la factura electrónica de venta.	1
RVG09	R	El valor reportado en las cuotas moderadoras o pagos moderadores debe coincidir con el valor reportado en la factura electrónica de venta.	Existen distintos facturadores de servicios de salud.	1
RVG10	R	Solo se podrá registrar un facturador electrónico en salud por RIPS y factura electrónica de venta.	El profesional no se encuentra registrado en RETHUS o inscrito en la plataforma MIPRES.	1
RVG11	R	Los profesionales que realizan consultas, procedimientos, prescriben medicamentos u ordenan otros servicios deben estar registrados en RETHUS o inscritos en la plataforma MIPRES si se trata de profesionales que se encuentran prestando el servicio social obligatorio provisional	Existen dos o más usuarios registrados con los mismos datos.	1
RVG12	R	Usuarios informados con los mismos datos.	Existe dos o más medicamentos con el mismo código registrados para el mismo usuario.	1
RVG13	N	Medicamentos con el mismo código informados para el mismo usuario.	Existen dos o más registros de nacidos y la madre no tiene registro de procedimiento de parto múltiple.	1
RVG14	N	Si se informan nacimientos múltiples el procedimiento realizado puede corresponder a parto múltiple.	Informó datos de urgencia sin informar la respectiva consulta de urgencia en los datos de urgencia con observación o viceversa.	1
RVG15	R	Si se informan datos de urgencias con observación, se debe validar que exista una consulta de urgencia con fecha y hora mayor o igual a la fecha y hora de ingreso del usuario	Informó causa que origina el servicio de salud diferente entre urgencia con observación y consulta de urgencia. Se está analizando posibilidad de ajustar a resultado N, por la posibilidad de ingresos a observación sin previa	1

ID Validación	Y	Regla	Mensaje	Versión
		a urgencias con observación.	consulta de urgencias (en caso de pacientes remitidos)	
RVG16	R	Al informar datos de urgencias con observación con la respectiva consulta de urgencia debe coincidir la causa que origina el servicio de salud.	Informó servicios o tecnologías de salud prestadas a1 recién nacido al usuario equivocado.	
RVG17	R	Al informar datos de recién nacido y cuando este reciba servicios o tecnologías de salud, los datos respectivos del recién nacido deben ser informados en el objeto "usuario" y los servicios o tecnologías de salud prestados, en los objetos de servicios respectivos.		

#### 4.2.2. VALIDACIONES POR CAMPO DEL RIPS

Las validaciones por campo corresponden a la verificación de la información con respecto a listas de valores que se exponen en cada uno de estos campos, así como validaciones cruzadas que se realizan dentro del mismo documento con otros campos informados, las cuales se dividen en:

##### 1. Coincidencia con Factura de Venta Electrónica.

Una vez superada la validación estructural mediante la implantación del "Schema de validación JSON", procedemos a validar los datos compartidos entre los RIPS y la Factura de Venta Electrónica.

##### 2. Referencia de Datos.

Después de superar las validaciones previas, se realiza la verificación de las propiedades donde sus valores deben existir en las tablas de referencia de datos. Esto garantiza la coherencia y la congruencia de los datos en relación con las fuentes de referencia.

##### 3. Correlacionadas.

La validación de propiedades correlacionadas se refiere a aquellas cuyos valores dependen de otras propiedades para su validación. Por ejemplo, se verifica que la fecha de nacimiento sea anterior a la fecha actual. Esta línea de validación asegura la coherencia lógica y temporal de los datos.

##### 4. Coherencia entre Propiedades y Objetos.

Una vez superadas todas las líneas de validación anteriores, se realiza la validación de coherencia entre los valores de las propiedades y los objetos (servicios). Por ejemplo, se verifica que, si el RIPS registra datos de nacimientos, se detallen procedimientos relacionados con el parto y viceversa. Esta etapa final asegura la consistencia global de los datos dentro del contexto del sistema

RIPS. Es importante anotar que algunas de las validaciones que se han dispuesto con resultado notificación, es decir que no impiden la generación del CUV y por tanto la radicación de la FEV y RIPS ante el pagador, y que en las sesiones de asistencia técnica se han hecho notar necesidades de ajuste, se prevé en el primer trimestre del año 2025 realizar dichos ajustes en una resolución modificatoria de la 2275 de 2023.

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC001	T01	R	Se requiere que el número de NIT del facturador electrónico en salud coincida con el número de NIT registrado en la factura electrónica de venta.	El NIT del facturador electrónico en salud informado en RIPS no coincide con el NIT informado en la factura electrónica de venta.	1
RVC002	T01	R	El número de NIT del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedores de tecnologías de salud o prestadores del Régimen de Excepción	El NIT informado en la factura electrónica de venta o en RIPS no se encuentra en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnoREPS” para proveedores de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales.	1
RVC003	T01	R	Si el NIT es de un proveedor de tecnologías de salud únicamente deberá tener registros de usuarios, medicamentos y otros servicios.	Por ser un proveedor de tecnologías de salud únicamente puede informar datos de usuarios, medicamentos y otros servicios.	1
RVC004	T02	R	El número de la factura informado en RIPS debe coincidir con el informado en la factura electrónica de venta.	El número de la factura informado en RIPS no coincide con el informado en la factura electrónica de venta.	1
RVC005	U03	N	El tipo de usuario informado puede ser validado según la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	El tipo de usuario no corresponde a un afiliado de la entidad responsable de pago informada en la factura electrónica de venta.	1
RVC006	U04	R	La fecha de nacimiento no debe ser mayor a la fecha de validación de los RIPS.	No es posible que la fecha de nacimiento sea mayor a la fecha de validación de los RIPS.	1
RVC007	U04	R	La edad según la fecha de nacimiento debe coincidir con el tipo de documento registrado	El tipo de documento informado no es válido para la edad del usuario.	1
RVC008	U04	N	Si se informan datos de recién nacido, el usuario puede tener entre 9 a 60 años.	Está informando datos de recién nacido para un usuario menor a 9 años o mayor a 60 años.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC009	U05	N	Si se informan datos de recién nacido, se puede validar que el usuario tenga sexo “Femenino”.	Está informando datos de recién nacido para un paciente con sexo diferente a “Femenino”.	1
RVC010	U05	N	Si la finalidad informada corresponde a “Interrupción voluntaria del embarazo” – IVE se puede validar que el usuario sea de sexo “femenino”.	Está informando que se le realizó una interrupción voluntaria del embarazo – IVE a un paciente con sexo diferente a “Femenino”.	1
RVC011	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del facturador electrónico en salud se debe encontrar en la tabla “IPSCodHabilitación” para prestadores de servicios de salud o en “IPSnorePS” para prestadores exceptuados de registro en REPS.	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra registrado en SISPRO.	1
RVC012	C01, P01, R01, H01, N01, M01, S01	R	El código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar debe estar relacionado con el numDocumentIdObligado .	El código del facturador electrónico en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social que fue informado en los RIPS no se encuentra relacionado con el número de identificación tributaria – NIT informado en los RIPS.	1
RVC013	C02, P02, M04, S04	R	La fecha y hora del servicio no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de la prestación del servicio es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC014	C02, P02, M04, S04	R	La fecha del servicio no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta.	La fecha de la prestación del servicio se encuentra por fuera del periodo de facturación.	1
RVC015	C04	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de consulta.	El código CUPS informado no corresponde a una consulta.	1
RVC016	C04, P05, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda al sexo del usuario.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para el sexo informado.	1
RVC017	C04, P05, S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	El código CUPS informado no corresponde a un CUPS para la cobertura o plan de beneficios informada en la factura electrónica de venta.	1
RVC018	C04, P05, S06	N	El código de CUPS se puede validar según la cantidad de veces que se informe por paciente y por día.	Tenga en cuenta que para el mismo paciente y en la misma hora no se puede informar más de una vez el código CUPS informado.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC019	C04, P05, S06	N	El código de CUPS se puede validar con el diagnóstico principal.	El código CUPS informado no corresponde a un código relacionado con el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.	1
RVC020	P05	N	El código de CUPS puede corresponder a una cobertura de procedimiento.	El código CUPS informado no corresponde a un procedimiento.	1
RVC021	P05	N	El código de CUPS se puede validar con el tiempo de estancia del paciente.	Tenga en cuenta que para el código CUPS informado se requiere de un tiempo de estancia del paciente.	1
RVC022	P05	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto y además el grupo de servicios informado es internación se puede validar que cuente con datos de hospitalización y de salas (parto o cirugía).	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto, debe informar en los RIPS datos de hospitalización.	1
RVC023	P05	N	Si el código CUPS corresponde a procedimiento de parto o cesárea se puede validar que cuente con datos de recién nacido.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento de parto o cesárea, debe informar en los RIPS datos del recién nacido.	1
RVC024	S06	R	El código del traslado, transporte o estancia debe corresponder al código dado por la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS.	El código informado del traslado, transporte o estancia no corresponde a un código CUPS.	1
RVC025	S06	R	El código de servicios complementarios debe corresponder al código dado por la tabla de referencia MIPRES.	El código de servicios complementarios no corresponde a un código dado en la tabla de referencia de MIPRES.	1
RVC026	S06	N	El código de CUPS puede ser validado que corresponda a una cobertura de otros servicios.	El código CUPS informado no corresponde a una cobertura de otros servicios.	1
RVC027	C04	N	Si se informan registros en el grupo de servicios de internación o el servicio de urgencias el código CUPS se puede validar que sea de consultas intrahospitalarias (interconsultas) y que se encuentre dentro del periodo de internación o de observación de urgencias.	El código CUPS no es de consulta intrahospitalaria o interconsulta y tiene informado datos de hospitalización o urgencias.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC028	C10, C11, C12, C13, P13, P14, P15, R04, R05, R05, R06, R07, R08, R10, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H13, N09, N11, M05, M06	N	El código de CIE se puede validar según el sexo y la edad del paciente.	El código CIE no corresponde al sexo o a la edad del paciente.	1
RVC029	C10, C11, C12, C13, R04, R05, H06, H07	N	El código de CIE se puede validar según el código de la consulta (CUPS) informado.	El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS de la consulta.	1
RVC030	P13, P14	N	El código de CIE se puede validar según el código del procedimiento (CUPS) informado.	El código CIE no se encuentra relacionado con el código CUPS del procedimiento.	1
RVC031	C10, P13, P15, R04, R05, R10, H06, H07, H11, H13, N09, N11,	N	El código de CIE no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente)-	El código CIE informado no puede ser de causas externas de morbilidad y de mortalidad (CIE10: V01-Y98 o su equivalente en la CIE vigente, excepto en caso de accidente como causa de muerte o violencia que produjo la lesión fatal)	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
	M05				
RVC032	P13, P15, R04, R10, H13, N11	N	El código de CIE no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente).	El código CIE informado no puede ser de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (CIE10: R00-R99 o su equivalente en la CIE vigente).	1
RVC033	P13, P15, R04, R10, H13, N11	N	El código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	Tener en cuenta que el código de CIE no puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente). Se adjunta listado de posibles excepciones	1
RVC034	C17, P16, M18, M19, S11, S12	R	Diligenciar el valor mayor a cero (0) si la modalidad de pago corresponde a "Pago por evento". Para las demás modalidades informar cero (0).	Debe ingresar un valor mayor a cero porque la modalidad de pago corresponde a pago por evento.	1
RVC035	C18, P17, M20, S13	N	Solamente se puede cobrar pago moderador a afiliados del régimen contributivo.	El cobro del pago moderador solamente aplica a pacientes del régimen contributivo.	2
RVC036	C19, P18, M21, S14	R	El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, debe corresponder a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de las facturas de recaudo, informados en RIPS.	El valor del pago moderador informado en la factura electrónica de venta en salud, no corresponde a la sumatoria de detalles de valores de pagos moderadores de las facturas de recaudo, informados en RIPS.	2
RVC037	C18, P17, M20, S13	N	Para usuarios del régimen subsidiado no se puede informar el pago de valores moderadores de planes voluntarios.	El cobro pagos moderadores de planes voluntarios no se realiza a pacientes del régimen contributivo.	1
RVC038	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de ingreso es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC039	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser mayor a la fecha y hora de egreso.	La fecha y hora de ingreso es mayor a la fecha y hora de egreso.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC040	R11	N	El rango comprendido entre la fecha/hora de ingreso y la fecha/hora de egreso no puede superar las 48 horas.	Tenga en cuenta que está informando una estancia en urgencias superior a 48 horas.	1
RVC041	H14	N	Se puede validar si la estancia fue menor a 6 horas.	Tenga en cuenta que está informando una estancia en hospitalización menor a 6 horas.	1
RVC042	R10, H13, N11	R	Se debe registrar el diagnóstico de la causa básica de muerte si la condición y destino del usuario al egreso es "Paciente muerto".	No informó la causa básica de muerte la cual es necesaria ya que la condición y destino del usuario al egreso fue "paciente muerto".	1
RVC043	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC044	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe encontrarse por fuera del periodo de facturación según los datos de la factura electrónica de venta.	La fecha de egreso se encuentra por fuera del periodo de facturación.	1
RVC045	N04	R	La fecha y hora de nacimiento no debe ser mayor a la fecha y hora de validación de los RIPS.	La fecha y hora de nacimiento es mayor a la fecha y hora actual.	1
RVC046	N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	La fecha y hora de egreso es mayor a la fecha y hora de nacimiento del recién nacido.	1
RVC047	N02, N03	R	En caso de que el recién nacido aún no cuente con documento de identificación se debe registrar el de la madre el cual debe coincidir con el registro de usuario.	El documento de la madre no coincide con el documento informado en los datos de usuario.	Eliminada
RVC048	P04, M02, S02	N	En caso de servicio o tecnología de salud financiado por presupuesto máximo, se puede validar que el número de autorización corresponda al número de prescripción de MIPRES	El servicio o tecnología de salud es financiado con presupuesto máximo y el número de autorización no corresponde al número de prescripción en MIPRES.	1
VC049	M03, S03	N	Se puede validar que el número de "ID de entrega" corresponda al registrado en MIPRES.	El número de "ID de entrega" no corresponde al registrado en MIPRES.	1
RVC050	S09, S10	R	Se debe registrar información de la persona que ordena otros servicios para los tipos: "Dispositivos médicos e insumos" y "Servicios complementarios".	No ha registrado información sobre la persona que ordenó el dispositivo médico, insumo o servicio complementario.	1
RVC051	C08, P10	N	La finalidad informada se puede validar con el sexo y la edad del usuario.	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde al sexo o la edad del paciente.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC052	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Interrupción voluntaria del embarazo" - IVE se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la IVE o a "Atención de población materno perinatal", para los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo sin especificación de causal hasta la semana 24 de gestación.	Tenga en cuenta que la finalidad de interrupción voluntaria del embarazo - IVE tiene que tener relación con la causa que motiva la atención.	1
RVC053	R09, H12, N10	N	Se puede validar que, si la condición del usuario al egreso es "Paciente muerto", para este no se informen registros de servicios con fecha y hora posterior a la muerte.	Tenga en cuenta que la condición del paciente es "Paciente muerto" y está informando servicios con fecha y hora posterior a la muerte.	1
RVC054	H02	N	Se puede validar que según la vía de ingreso informada se cuenten con los registros respectivos de la atención realizada en la misma institución previo al ingreso a hospitalización.	El paciente no cuenta con servicios informados previo al ingreso a hospitalización.	1
RVC055	M07	N	Si el medicamento es UNIRS se puede validar que se encuentre en el listado de UNIRS.	Tenga en cuenta que está informando un medicamento UNIRS que no se encuentra en el listado de UNIRS autorizado por la entidad competente.	1
RVC056	S05	R	Las estancias se deben validar con el registro de urgencias u hospitalizaciones informadas.	Hay información de estancia(s) pero no se encuentran registros de urgencias u hospitalizaciones que la(s) soporten.	1
RVC057	N05	N	Se puede validar que la edad gestacional se encuentre entre 20 a 46 semanas.	Tenga en cuenta que la edad gestacional no se encuentra entre las 20 y 46 semanas.	1
RVC058	N08	N	Se puede validar que el peso en gramos del recién nacido este dentro del rango 500 – 5000 gramos.	El peso del recién nacido no se encuentra entre 500 a 5000 gramos.	1
RVC059	C04, P05	N	El código de CUPS puede ser validado con el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.	El código CUPS informado no se encuentra relacionado según el grupo de servicio, servicio, finalidad o causa.	1
RVC060	C19, P18, M21	R	Si el tipo de pago moderador es "cuota moderadora" o "bono o vale de plan voluntario" el valor del pago moderador debe ser mayor o igual a uno "1".	El valor del pago moderador no es correcto, debe informar un valor numérico mayor o igual a 1.	2

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC061	C19, P18, M21	R	Cuando no aplique pago moderador se debe informar cero (0).	No es posible informar el valor de un pago moderador si el pago moderador no aplica.	1
RVC062	R09, H12, N10	N	Se puede validar que si la condición del usuario al egreso es "Paciente derivado a otro servicio" se informen los servicios prestados.	El paciente fue derivado a otro servicio, pero no se encuentra información de los servicios prestados.	1
RVC063	M08	N	Se podrá validar la existencia del IUM o del CUM o del DCI en el catálogo respectivo de SISPRO.	El código IUM o CUM o DCI ingresado no se encuentra en el catálogo de datos de IUM o CUM o DCI, respectivamente.	2
RVC064	M08	R	Para las preparaciones magistrales se debe informar el campo null.	Informó un código de tecnología de salud para una preparación magistral y este tipo de tecnología de salud actualmente no tiene codificación.	Eliminada
RVC065	M09, M10, M11, M12	N	Para "01: Medicamento con uso según registro sanitario", "02: Medicamento con uso como vital no disponible definido por INVIMA" o "04: Medicamento con uso no incluido en el registro sanitario (Listado UNIRS)" puede informar null.	Tenga en cuenta que no es necesario que informe dato para el tipo de medicamento informado ya que el Ministerio de Salud y Protección Social obtiene los datos del medicamento informado a partir del código informado.	1
RVC066	S07	N	Si el tipo de otro servicio es diferente a "01: Dispositivos médicos e insumos" puede informar este campo como null.	Tenga en cuenta que no es necesario que informe dato para el tipo de otro servicio informado ya que el Ministerio de Salud y Protección Social obtiene los datos del servicio a partir del código informado.	2
RVC067	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "40: Promoción mantenimiento de la salud – intervenciones individuales".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC068	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC069	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC070	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC071	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	1
RVC072	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC073	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC074	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC075	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado preconcepcional" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC076	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención del parto y puerperio" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC077	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el cuidado prenatal", se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC078	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que la causa que motiva la atención corresponda a aquellas relacionadas con la "Atención de población materno perinatal".	Tenga en cuenta que la finalidad informada no corresponde con la causa que motiva la atención.	Eliminada
RVC079	C02, P02, M04, S04	R	La fecha y hora del servicio no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora de la prestación del servicio es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC080	R11, H14, N12	R	La fecha y hora de egreso no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora del egreso es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC081	R02, H03	R	La fecha y hora de ingreso no debe ser menor a la fecha de nacimiento del usuario.	La fecha y hora de ingreso es menor a la fecha de nacimiento del usuario.	1
RVC082	S06	N	El código CUPS puede corresponder al grupo de servicios informado.	El código CUPS informado no corresponde al grupo de servicio informado.	1
RVC083	P10	N	Si la finalidad informada corresponde a "Intervención colectiva" se puede validar que el código CUPS corresponda a un código de intervención colectiva según el anexo 5 de la CUPS.	El código CUPS informado no corresponde a una intervención colectiva.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
RVC084	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", "Detección temprana de enfermedad general", "Protección específica", "Planificación familiar y anticoncepción", "Promoción y apoyo a la lactancia materna", "Atención básica de orientación familiar", "Atención para el cuidado preconcepcional", "Atención para el cuidado prenatal", "Interrupción Voluntaria del Embarazo", "Atención del parto y puerperio" o "Atención para el seguimiento del recién nacido" se puede validar que el tipo de pago moderador sea "No aplica pago moderador".	Para la finalidad informada no le aplican pagos moderadores.	2
RVC085	C08	N	Si la finalidad informada corresponde a "Valoración integral para la promoción y mantenimiento", en el diagnóstico principal el código de CIE únicamente puede ser de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	Para la finalidad "Valoración integral para la promoción y mantenimiento" no puede informar como diagnóstico principal un código CIE diferente a factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (CIE10: Z00-Z99 o su equivalente en la CIE vigente).	2
RVC086	C11, C12, C13, P14, M06	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual al código de diagnóstico principal.	El código de diagnóstico relacionado es igual al código de diagnóstico principal.	1
RVC087	C11, C12, C13	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado no sea igual a otro diagnóstico relacionado.	El código de diagnóstico relacionado es igual a otro código de diagnóstico relacionado.	1
RVC088	R06, R07, R08, H08, H09, H10	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual al código de diagnóstico principal de egreso.	El código de diagnóstico relacionado de egreso es igual al código de diagnóstico principal de egreso.	1
RVC089	R06, R07, R08, H08,	N	Se puede validar que el código de diagnóstico relacionado de egreso no sea igual a otro diagnóstico relacionado de egreso.	El código de diagnóstico relacionado de egreso es igual a otro código de diagnóstico relacionado de egreso.	1

ID Validación	ID Campo	Y	Regla	Mensaje	Versión
	H09, H10				
RVC090	P05	R	Si el código CUPS corresponde a procedimiento quirúrgico y además el grupo de servicios informado es quirúrgico se debe validar que cuente con los datos de la sala de cirugía en otros servicios.	Tenga en cuenta que, si el código CUPS corresponde a un procedimiento quirúrgico, debe informar en los RIPS los datos de la sala usada.	1
RVC091	C17, P16, M18, M19, S11, S12	R	Si el RIPS es sin FEV en salud el valor informado debe ser cero (0)	Tenga en cuenta que está informando RIPS sin una FEV en salud y no es posible incluir un valor	1
RVC092	C18, P17, M20, S13	R	El concepto “Anticipos” aplica únicamente para el reporte de dichos valores en la FEV en salud y no debe utilizarse en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.	Tener en cuenta que el concepto “Anticipos” aplica únicamente para el reporte de dichos valores en la FEV en salud y no debe utilizarse en la generación del RIPS como soporte de la FEV en salud.	3

#### 4.3. VALIDACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE FACTURACION (INVOICE, CREDITNOTE, DEBITNOTE, APPLICATIONRESPONSE, ATTACHEDDOCUMENT)

Las validaciones sobre los documentos electrónicos establecidas desde el mecanismo único de validación se dividen en:

##### 4.3.1. VALIDACIONES DE ARCHIVOS

Las validaciones aplicadas sobre los documentos electrónicos, cumpliendo con las características técnicas y de condiciones para la recepción de estos por parte del mecanismo único de validación expuesto por el Ministerio.

Descripción	Código	Rechazo
El tamaño del archivo Xml es mayor a 6MB	GI008	RECHAZO
Solo se admiten archivos con extensión XML, para el envío de las FEV, ND, NC	GI005	RECHAZO
El archivo XML está vacío	GI006	RECHAZO
Falta el archivo Xml en la carpeta	VPQ004	RECHAZO

RECHAZO	VPQ005	Falta el archivo Json en la carpeta
---------	--------	-------------------------------------

#### 4.3.2. VALIDACIONES POR ESTRUCTURA

Estas validaciones se centran en la estructura del XML (esquema UBL 2.1) sobre los documentos electrónicos (Invoice, CreditNote, DebitNote, ApplicationResponse y AttachedDocument) en sus etiquetas y anidamientos.

Estas validaciones se realizan una vez la DIAN ha emitido su aprobación y la factura será expedida al adquiriente, para validar que el facturador electrónico del sector salud haya conformado el contenedor electrónico de la factura que será soportada con el RIPS, para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud.

En la conformación del contenedor electrónico de la FEV en salud que será soportada con el RIPS, para el emisor de la factura no es dable realizar ninguna modificación sobre la información validada y aprobada por la DIAN.

Las validaciones se dividen en notificaciones y rechazos, las cuales se informan a continuación:

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	FEV001	Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [AttachedDocument]
RECHAZO	FEV002	Hay un error en la estructura del Xml en apartado [Invoice]
RECHAZO	FEV003	Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse]
RECHAZO	FEV004	Atributo desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	FEV005	Nodo Desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	FEV006	Elemento desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	FEV007	Objeto no referenciado de la estructura del Xml
RECHAZO	FEV008	El Documento Electrónico seleccionado NO es una Factura Electrónica de Venta
RECHAZO	PFE001	[AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	PFE002	[Invoice] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	PFE003	[ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED001	[Fev.Invoice.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED003	[Fev.Invoice.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED004	[Fev.Invoice.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED005	[Fev.Invoice.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	FED008	[Fev.Invoice.InvoiceTypeCode] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED017	[Fev.Invoice.LegalMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED020	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED021	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED022	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID.scheme elD] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED023	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED034	[Invoice.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED036	[Invoice.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED018	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED019	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED030	[Fev.Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED060	[Invoice.UBLExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	NCV001	Hay un error en la estructura del Xml en el paratado [AttachedDocument]
RECHAZO	NCV002	Hay un error en la estructura del Xml en apartado [CreditNote]
RECHAZO	NCV003	Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse]
RECHAZO	NCV004	Atributo desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	NCV005	Nodo Desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	NCV006	Elemento desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	NCV007	Objeto no referenciado de la estructura del Xml
RECHAZO	NCV008	El Documento Electrónico seleccionado NO es una Nota Crédito
RECHAZO	NDV001	Hay un error en la estructura del Xml en el paratado [AttachedDocument]
RECHAZO	NDV002	Hay un error en la estructura del Xml en apartado [DebitNote]
RECHAZO	NDV003	Hay un error en la estructura del Xml en el apartado [ApplicationResponse]
RECHAZO	NDV004	Atributo desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	NDV005	Nodo desconocido de la estructura del Xml

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	NDV006	Elemento desconocido de la estructura del Xml
RECHAZO	NDV007	Objeto no referenciado de la estructura del Xml
RECHAZO	NDV008	El Documento Electrónico seleccionado NO es una Nota Débito
RECHAZO	PNC001	[AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito
RECHAZO	PNC002	[CreditNote] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito
RECHAZO	PNC003	[ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Crédito
RECHAZO	PNC012	No existe el Tag [BillingReference.InvoiceDocumentReference] de la Factura Electrónica referenciada en el Xml
RECHAZO	CND001	[CreditNote.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND003	[CreditNote.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND004	[CreditNote.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND005	[CreditNote.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND017	[CreditNote.LegalMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND020	[CreditNote.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID[0].Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND021	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND022	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND023	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].RegistrationName.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND031	[Invoice.AccountingCustomerParty.AdditionalAccountID[0].Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND034	[CreditNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND036	[CreditNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme[0].RegistrationName.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND018	[CreditNote.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND019	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	CND030	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND060	[Invoice.UBLExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	PDN001	[AttachedDocument] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito
RECHAZO	PDN002	[DebitNote] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito
RECHAZO	PDN003	[ApplicationResponse] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml de la Nota Débito
RECHAZO	PDN012	No existe el Tag [BillingReference.InvoiceDocumentReference] de la Factura Electrónica referenciada en el Xml
RECHAZO	CCV000	[ARCHIVO(S) INVALIDOS] El CUV generado a partir de los archivos Xml y/o Json adjuntos, no concuerdan con el CUV a consultar
RECHAZO	CCV001	El Código Unico de Validacion Suministrado NO está validado por el Ministerio de Salud y Protección Social
RECHAZO	DND001	[DebitNote.CustomizationID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND003	[DebitNote.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND004	[DebitNote.UUID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND005	[DebitNote.IssueDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND017	[DebitNote.RequestedMonetaryTotal.PayableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND020	[DebitNote.AccountingSupplierParty.AdditionalAccountID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND021	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND022	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND023	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
	3	documento electrónico
RECHAZO	DND034	[DebitNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.CompanyID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND036	[DebitNote.AccountingCustomerParty.Party.PartyTaxScheme.RegistrationName] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND018	[DebitNote.AccountingSupplierParty] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND019	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND030	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND060	[Invoice.UBLExtensions.CustomTagGeneral] El apartado no existe en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND100	[InvoicePeriod.StartDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND101	[InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND104	[PrepaidPayment.ID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND105	[PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND108	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND109	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND110	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND111	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND112	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND111	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
	3	
RECHAZO	DND11 4	[Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND11 5	[tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND11 6	[tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND11 7	[tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND12 2	[tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACION	DND12 3	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_P RESTADO_R.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND12 4	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_P RESTADO_R] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	DND12 5	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDA D_PAGO.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND133	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDA D_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	DND126	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDA D_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	DND127	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTU RA_PLAN_BENEFICIOS.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND134	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTU RA_PLAN_BENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	DND128	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTU RA_PLAN_BENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACION	DND129	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_ CONTRATO .Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	DND130	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] ] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
NOTIFICACION	DND131	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA.Val ue] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	DND132	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	CND100	[InvoicePeriod.StartDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND101	[InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	RCG018	No se pueden procesar facturas , cuyo período de facturación (fecha de inicio y fecha fin) sean anteriores al 2023-01-01
RECHAZO	CND104	[PrepaidPayment.ID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND105	[PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND108	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND109	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND110	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND111	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND112	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND113	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND114	[Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND115	[tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND116	[tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND117	[tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	CND12 2	[tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACION	CND12 3	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO_R] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND12 4	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO_R.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND12 5	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO_R] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	CND13 3	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND12 6	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	CND12 7	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	CND13 4	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS.Schemeld] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND12 8	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B_ENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío
NOTIFICACION	CND12 9	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B_ENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	CND13 0	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACION	CND13 1	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	CND13 2	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED100	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	FED101	[InvoicePeriod.EndDate] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED104	[PrepaidPayment.ID.schemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED105	[PrepaidPayment.PaidAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED108	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED109	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED110	Cargo(Charge): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED111	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.MultiplierFactorNumeric] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED112	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.Amount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED113	Descuento(Discount): [AllowanceCharge.BaseAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED114	[Invoice.InvoiceLine.TaxTotal.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED115	[tributo.RoundingAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED116	[tributoInfo.TaxableAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED117	[tributoInfo.TaxAmount] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED122	[tributoInfo.TaxCategory.TaxScheme.ID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACION	FED123	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO_R.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento Electrónico
RECHAZO	FED124	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.CODIGO_PRESTADO_R] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
RECHAZO	FED125	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO.SchemeID] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED133	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	FED126	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.MODALIDAD_PAGO] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	FED127	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B_ENEFICIOS.SchemeId] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED134	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B_ENEFICIOS] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	FED128	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.COBERTURA_PLAN_B_ENEFICIOS] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
NOTIFICACIÓN	FED129	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO CONTRATO .Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED130	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO CONTRATO ] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico
NOTIFICACIÓN	FED131	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO POLIZA.Value] El apartado no existe o no tiene valor en el Xml del documento electrónico
RECHAZO	FED132	[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO POLIZA] No Existe el grupo en la extensión salud del archivo XML del documento electrónico

#### 4.3.3. VALIDACIÓN SOBRE LOS DATOS

Estas validaciones se enfocan en el contenido de los datos reportados en los elementos del XML, verificando la precisión y coherencia de la información contenida en los elementos según las pautas establecidas por el esquema UBL y las resoluciones 000165 de 2023 expedida por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN en sus artículos 23 y 68), y la Resolución 2275 de 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifica o sustituya, en lo de su competencia.

Esta validación no genera efectos sobre el contenido aprobado por la DIAN y su alcance se limita a la validación del relacionamiento que necesariamente debe existir entre el RIPS y la FEV en salud y sus demás documentos electrónicos relacionados.

En la conformación del contenedor electrónico de la FEV en salud que será soportada con el RIPS, para el emisor de la factura no es dable realizar ninguna modificación sobre la información validada y aprobada por la DIAN.

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	VFE001	[Invoice.InvoiceTypeCode] El valor reportado no es válido o está vacío

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	VFE002	[Invoice.InvoiceTypeCode] El valor reportado no es válido para Factura Electrónica
RECHAZO	VFE003	[Invoice.CustomizationID] El valor reportado de la Factura Electrónica no es válido del sector Salud o está vacío
RECHAZO	VFE005	[Invoice.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VFE006	[Invoice.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VFE007	[Invoice.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío
RECHAZO	VFE011	[Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeName] Debe informar literal '31'
RECHAZO	VFE012	[Invoice.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío
RECHAZO	VFE020	[Invoice.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Factura Electrónica
RECHAZO	VFE021	[Invoice.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Factura Electrónica
RECHAZO	PFP001	El número de Factura Electrónica no corresponde al reportado por Rips
RECHAZO	GI012	No existe una Factura electrónica asociada a esta Nota Crédito
RECHAZO	GI013	El Código CUFE de la factura referenciada en la Nota Crédito, no está registrada en el Sistema del MSPS
RECHAZO	GI014	El Documento Invoice – Factura electrónica no corresponde a la aprobada por la DIAN
RECHAZO	VCN001	[CreditNote.CreditNoteTypeCode] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	VCN002	[CreditNote.CreditNoteTypeCode] El valor reportado no es válido para Nota Crédito
RECHAZO	VCN004	[CreditNote.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VCN005	[CreditNote.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VCN006	[CreditNote.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío
RECHAZO	VCN010	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeName] Debe informar literal '31'
RECHAZO	VCN011	[CreditNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.schemeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío
RECHAZO	VCN019	[CreditNote.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Nota Crédito
RECHAZO	VCN020	[CreditNote.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Nota Crédito
RECHAZO	GI016	No existe la Factura Electrónica referenciada en el sistema.

<b>Tipo</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
RECHAZO	GI015	No existe una Factura electrónica asociada a esta Nota Débito
RECHAZO	GI017	La Nota Débito no corresponde a la aprobada por la DIAN
RECHAZO	VDN002	[DebitNote.ID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VDN003	[DebitNote.UUID] El valor reportado contiene caracteres inválidos o está vacío
RECHAZO	VDN004	[DebitNote.UUID] El valor reportado del documento electrónico está errado, no cumple con las especificaciones técnicas del código o está vacío
RECHAZO	VDN008	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.sch emeName] Debe informar literal '31'
RECHAZO	VDN009	[DebitNote.AccountingSupplierParty.Party.PartyTaxScheme[0].CompanyID.sch emeID] Debe informar el Dígito de Verificación o está vacío
RECHAZO	VDN017	[DebitNote.InvoicePeriod.StartDate] Debe reportar la fecha de inicio del periodo de la Nota Débito
RECHAZO	VDN018	[DebitNote.InvoicePeriod.EndDate] Debe reportar la fecha final del periodo de la Nota Débito
RECHAZO	AAR001	[ApplicationResponse.DocumentResponse[0].Response.ResponseCode] El valor reportado no es válido o está vacío
RECHAZO	RVG018	No se pueden procesar facturas, cuyo período de facturación (fecha de inicio y fecha fin) sean anteriores al 2024-10-01 o al inicio del período de entrada en operación de cada Grupo definido en la Resolución 1884 de 2024.
RECHAZO	GI010	[ApplicationResponse.DocumentResponse[0].Response.ResponseCode] El documento electrónico fue rechazado por la DIAN
RECHAZO	GI011	El Documento Invoice – Factura electrónica no corresponde a la aprobada por la DIAN
RECHAZO	FED135	Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas
RECHAZO	CND135	Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas
RECHAZO	DND135	Hubo errores en los datos del Documento Electrónico, no cumple con las validaciones requeridas

#### 4.3.4. VALIDACIONES EN EL ALMACENAMIENTO

Estas validaciones dan cuenta de la existencia de inconvenientes tecnológicos en el proceso de transmisión de información a la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio, relacionados con fallas en la conexión a la base de datos de almacenamiento de información en los servidores del Ministerio, que impiden dicho almacenamiento y que obligan al facturador electrónico del sector salud a realizar una nueva transmisión de información.

Solo una vez se confirma la transmisión de la información en la base de datos

de almacenamiento de información en los servidores del Ministerio y su procesamiento exitoso, se generará el Código Único de Validación -CUV.

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	CFR001	Hubo errores al almacenar los datos, por favor intente transmitir nuevamente.

#### 4.3.5. VALIDACIONES DE LA CONSISTENCIA DE ARCHIVOS

Estas validaciones se generan al momento de trasmitir la información del mecanismo único de validación desde el procesamiento realizado en la solución tecnológica alojada en el facturador electrónico del sector salud al mecanismo único de validación al interior del Ministerio, para culminar el procesamiento de información.

Tienen el propósito de validar la consistencia de los datos contenidos en los archivos XML-JSON desde su origen y hasta su almacenamiento en la base de datos en los servidores del Ministerio.

Tipo	Código	Descripción
RECHAZO	VDI001	El directorio seleccionado que contiene los archivos a validar no es válido
RECHAZO	PFR001	El Código Único de Validación (CUV) generado por el MSPS no corresponde a los datos enviados de Xml y Json

#### 4.4. OTROS LINEAMIENTOS

En este apartado se encontrará el lineamiento relacionado con el diligenciamiento de campos de datos en la generación del XML o de los RIPS, en situaciones donde el facturador electrónico del sector salud requiera transmitir información especial.

##### 4.4.1. ANTICIPOS SOBRE LA FEV EN SALUD

Para la generación de las FEV en salud se puede incluir los valores de los anticipos, el cual entra a operar dependiendo del tipo de operación informado allí.

Estos valores NO deben ser informados sobre los RIPS y solo se incluiría en el grupo PrepaidPayment de la FEV en salud.

```
<cac:PrepaidPayment>
    <cbc:ID schemeID="04">1</cbc:ID>
    <cbc:PaidAmount currencyID="COP">5000000.00</cbc:PaidAmount>
    <cbc:ReceivedDate>2023-12-20</cbc:ReceivedDate>
</cac:PrepaidPayment>
```

##### 4.4.2. RIPS SIN FACTURA

Para la generación del documento RIPS sin factura se debe generar el grupo de transacción de la siguiente manera

```
"numDocumentIdObligado": "530520110" ,  
"numFactura": null,  
"numNota": "111111",  
"tipoNota": "SF",
```

Se genera un nuevo tipo de nota denominado SF – RIPS sin factura, para la identificación este RIPS, así mismo el número de nota corresponderá al número de envío, el cual debe ser un número de asignación propio del PSS y/o PTS y deberá ser único para cada envío de los RIPS sin factura.

#### **4.4.3. NOTA CRÉDITO Y DÉBITO CON REFERENCIAS A FACTURAS.**

Para la generación de notas crédito, sean parcial o total, los valores de la nota deberán corresponder con el valor total de los servicios y tecnologías prestadas por la entidad las cuales fueron reportadas en la FEV en salud, así mismo los RIPS en su generación deberán corresponder a los servicios y tecnológicas prestadas pero los valores de los pagos moderadores deben equivaler a 0.

En todo caso, la generación de las notas crédito y débito siempre deben ir con referencia a la FEV en salud que se va afectar.

```
<cac:BillingReference>  
  <cac:InvoiceDocumentReference>  
    <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>  
    <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e....</cbc:UUID>  
    <cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>  
  </cac:InvoiceDocumentReference>  
</cac:BillingReference>
```

En el caso de los tipos de operación “cbc:CustomizationID” a utilizar en las notas crédito y debido deberán ser 20 y 30 respectivamente.

#### **4.4.4. PREPARACIONES MAGISTRALES**

Para la generación del RIPS donde se informen medicamentos de tipo “03”, Preparación magistral, se deberán considerar las observaciones, dispuesta en cada uno de los campos de datos de medicamentos, particularmente lo siguientes:

- El campo fechaDispensAdmon (M04) deberá informarse e incluir la fecha y hora en la que se dispensó la preparación magistral, para este caso todos los principios activos de esta preparación magistral deberán tener el mismo valor para este campo.
- El campo vrUnitMedicamento (M18), deberá informarse el valor unitario de cada principio activo utilizado en la preparación o la sumatoria del valor unitario de todos los

principios activos, caso en el cual se registra este valor en uno de los principios activos registrados, en los demás principios activos este campo se diligencia con cero (0).

El valor de los campos cantidadMedicamento (M14), diasTratamiento (M15), vrServicio (M19), valorPagoModerador (M21) deberán ser informados en un único principio activo de la preparación. Se recomienda que sea siempre informado en el primero principio activo de cada preparación magistral.

#### 4.4.5. URGENCIAS CON OBSERVACION

Dado que se evidenció la posibilidad de que existan situaciones en los que el paciente ingrese directamente al servicio de observación de urgencias sin haberse registrado una consulta de urgencias previa, como es el caso de los pacientes que ingresan remitidos, se modifica la RVG15, dejándola como notificación y no de rechazo, pues la mayoría de los pacientes que entran a observación de urgencias si han pasado previamente por consulta de urgencias.

#### 4.4.6. TIPOS DE OPERACIÓN

Los tipos de operación definidos para la generación de los documentos electrónicos (XML) corresponden a:

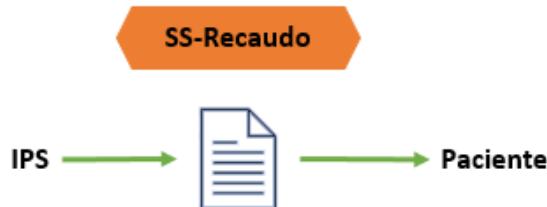
##### 4.4.6.1. FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Los siguientes, son los tipos de operación utilizados en la generación de las FEV en salud que serán generadas por las empresas prestadoras de servicios y tecnologías en salud y que deben cumplir con las condiciones informadas en el anexo técnico 2 campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta:

- SS-Recaudo (Recaudación): Cuando el PSS realiza el recaudo de pagos compartidos directamente, debe expedir obligatoriamente al usuario la factura electrónica de venta –FEV, tiquete de máquina registradora con sistema POS o el documento equivalente electrónico tiquete de máquina registradora con sistema P.O.S correspondiente, sin que sea necesario incluir en ella los campos de datos de que trata la Resolución 2275 de 2023 o en la norma que la modifique, adicione o sustituya, así, se expide una FEV comercial que debe ser identificada con el tipo de operación SS-Recaudo. **No es dable la utilización de recibos de caja con este propósito.** Nótese que esta factura se expide al usuario y no corresponde al cobro de la prestación o provisión de los servicios o tecnologías de salud realizados al usuario y también debe ser utilizada por las ERP (EPS) cuando recaudan directamente pagos compartidos debiendo expedir obligatoriamente al usuario la factura electrónica de venta –FEV, tiquete de máquina registradora con sistema POS o el documento equivalente electrónico tiquete de máquina registradora con

sistema P.O.S correspondiente.

## Tipos de facturación vs Tipos de operación



- SS-CUFE (Acreditación): Se usa en los casos que se incluyan referencia de FEV cuyo recaudo fue generado por el PSS o PTS a través de facturas electrónicas de venta tipo 01 o facturas electrónicas de venta tipo 04. Se estima que en el SGSSS la mayoría de servicios y tecnologías de salud realizados, se presentarán a los adquirientes con FEV en salud tipo 01 y bajo este tipo de operación (SS-CUFE), como parte del funcionamiento regular del proceso de facturación electrónica definido por la DIAN. El valor de este recaudo realizado por el PSS o PTS, se visualiza en la FEV en salud SS-CUFE tal como se dispone en el Anexo Técnico de la Resolución 2275 de 2023, numeral 6. Cuerpo XML, c. Registro del concepto que se acreditará como de Cuota moderadora – Copago – Cuota de recuperación - Pagos compartidos en planes voluntarios de salud o en la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- El detalle de estos recaudos realizados por el PSS o PTS, debe registrarse en el RIPS (en los campos relacionados con pagos moderadores C18, C19, C20, P17, P18, P19, M20, M21, M22, S13, S14 y S15), la sumatoria de estos valores será la que se acredite en la FEV. Esta visualización del recaudo de pagos moderadores realizado por el PSS o PTS, aplica de la misma manera para las FEV con tipo de operación “SS-CUDE”, “SS-POS” “SS-Num”
- SS-CUDE (Acreditación): Se usa en los casos que se incluyan referencia de FEV cuyo recaudo fue generado por el PSS a través de facturas electrónicas de venta tipo 03, que corresponde a la facturación que realiza el PSS o PTS en casos de contingencia. La contingencia puede obedecer a fallas en el funcionamiento de los sistemas del facturador electrónico del sector salud, PSS o PTS (P. Ej. fallas del fluido eléctrico, fallas del software, fallas de conectividad -internet-, fallas con el proveedor tecnológico habilitado por la DIAN). Una vez superada la contingencia, estas facturas tipo 03, deben transmitirse a la DIAN y al adquiriente en los plazos establecidos por la DIAN en la Res. 042 de 2020 o la norma que lo modifique o sustituya.

- SS-POS (Acreditación): Se usa cuando el facturador electrónico del sector salud NO genera FEV en salud (SS-Recaudo) para el recaudo de pagos moderadores, sino el tiquete de máquina registradora con sistema POS un Documento Equivalente de Venta POS (Point of sale) o documento equivalente electrónico tiquete de máquina registradora con sistema P.O.S, con destino al usuario que asume dicho pago. Al momento de realizar el cobro de los servicios y tecnologías prestados, el PSS o PTS debe expedir una FEV en salud con tipo de operación SS-POS con destino al adquiriente -ERP o demás pagadores-, en la cual debe referenciar el valor total del recaudo de pagos moderadores de los documentos POS expedidos al usuario por estos conceptos. Nótese que este tipo de operación informa que en esa FEV se están referenciado recaudos de pagos compartidos a través de documentos equivalentes POS. Se prevé que el Documento Equivalente de Venta POS evolucione a un documento equivalente electrónico en la estructura del XML DIAN (bajo las condiciones que establezca la DIAN en el anexo técnico correspondiente).
- SS-SNum (Acreditación): Se usa cuando el facturador electrónico del sector salud NO genera FEV en salud (SS-Recaudo) para el recaudo de pagos moderadores, sino en facturación mediante Factura Talonario (físicas, según numeración autorizada por la DIAN). Se limita exclusivamente a las numeraciones físicas que aún existan, toda vez que actualmente el recaudo de pagos moderadores siempre debe realizarse generando FEV en salud (SS\_Recaudo). Nótese que este tipo de operación informa que en esa FEV se están referenciado recaudos de pagos compartidos a través de facturas físicas talonario.
- SS-Reporte: Las facturas identificadas con este tipo de operación se realizan para informar referencia(s) de diversa índole que comprueban recaudo de Cuotas Moderadoras, Copagos o Cuotas de Recuperación, a las cuales ya se les dio tratamiento contable. En este sentido, opera cuando un PSS o PTS recibe el número de FEV – SS-Recaudo que soporta el recaudo de pagos moderadores realizado directamente por la EPS, como condición para la realización del servicio. Este tipo de operación, NO activa el Método de cálculo del Sector Salud, toda vez que no se restan valores de pagos moderadores a la FEV, solamente se informa de la existencia del número de FEV – SS-Recaudo. El valor de este recaudo realizado por la EPS, se visualiza en la FEV en salud SS-Reporte tal como se dispone en el Anexo Técnico de la Resolución 2275 de 2023, numeral 6. Cuerpo XML, literal d. Registro de Operaciones de Copago – Cuota Moderadora – Cuota de Recuperación - Pagos compartidos en planes voluntarios de salud cuyo tratamiento contractual y contable hace innecesario que el valor recaudado se acredeite a la factura que librará el Prestador de Servicios de Salud a la Entidad Responsable de Pago y demás pagadores. El detalle de estos recaudos realizados por la EPS, es posible registrarlos en el RIPS (en los campos

relacionados con pagos moderadores C18, C19, C20, P17, P18, P19, M20, M21, M22, S13, S14 y S15), reiterándose que, en todo caso, estos valores son informativos y no se acreditan a la FEV en salud.

- SS-SinAporte: Las FEV en salud identificadas con este tipo de operación deben expedirse obligatoriamente por parte de los Prestadores de Servicios de Salud -PSS para realizar el cobro de servicios o tecnologías de salud prestadas o suministradas directamente a una persona (paciente o usuario). El destinatario de estas facturas es la Entidad Responsable de Pago -ERP (EPS) o demás pagadores (se incluye en esta categoría a los pacientes particulares, cuando el profesional independiente supera las 3500 UVT), a la cual se realiza el cobro del valor de los servicios o tecnologías de salud prestadas o suministradas por el PSS o PTS, en aquellos casos en los cuales NO se involucran pagos compartidos, es decir, cuando el PSS o PTS no recibe ningún tipo de recaudo en dinero por parte de los afiliados del régimen contributivo por concepto de Cuotas Moderadoras, Copagos o Cuotas de Recuperación (SS- Recaudo), ni debe reportar la existencia de un soporte de recaudo (SS-Recaudo expedido por la ERP-EPS). Por esta razón, estas facturas NO activan el método de cálculo del Sector Salud ante la plataforma de la DIAN. Se usa para facturar a una ERP -EPS cuando en el acuerdo de voluntades se dispuso que no se recaudaban pagos compartidos, ni se recibían soportes de recaudos realizados directamente por la EPS.

## Tipos de facturación vs Tipos de operación



El PSS o PTS, deberá generar los RIPS por las atenciones prestadas.

Al momento de transmitir la información al MinSalud a través del mecanismo único de validación se deberá enviar la FEV/NC/ND junto con el RIPS cuando sea el caso de la(s) atenciones prestadas según el modalidad de contratación establecida entre las partes,

### 4.4.6.2. NOTAS CRÉDITO

- Los tipos de operación utilizados para la generación de las notas créditos, corresponden a los informados en la Resolución 0165 de 2023 DIAN, en el numeral 13.1.5.2. Documento CreditNote Nota Crédito.
- Siendo así, las notas créditos siempre deben referenciar a la factura electrónica de venta, para los
- cual, el tipo de operación "CustomizationID" debe ser "20".

```
<cac:BillingReference>
    <cac:InvoiceDocumentReference>
        <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>
        <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e....</cbc:UUID>
        <cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>
    </cac:InvoiceDocumentReference>
</cac:BillingReference>
```

#### 4.4.6.3. NOTAS DEBITO

Los tipos de operación utilizados para la generación de las notas créditos, corresponden a los informados en la Resolución 0165 de 2023 DIAN, en el numeral 13.1.5.3. Documento DebitNote – Nota Débito

Siendo así, las notas débito siempre deben referenciar a la factura electrónica de venta, para los cual, el tipo de operación “CustomizationID” debe ser “30”.

```
<cac:BillingReference>
    <cac:InvoiceDocumentReference>
        <cbc:ID>BRWC1</cbc:ID>
        <cbc:UUID schemeName="CUFE SHA384">786e....</cbc:UUID>
        <cbc:IssueDate>2023-07-01</cbc:IssueDate>
    </cac:InvoiceDocumentReference>
</cac:BillingReference>
```

### 4.5. SERVICIOS DISPUESTOS PARA ERP Y DEMAS PAGADORES.

El siguiente numeral está dispuesto para las entidades responsables de pago y demás pagadores donde podrán conocer los servicios que expone el Ministerio de Salud a través del mecanismo único de validación en su solución API Docker.

Los servicios expuestos son:

#### 4.5.1. CONSULTA DEL CUV POR PARTE DE LAS ERP - Y DEMÁS PAGADORES.

Este primer método debe contemplar los distintos tipos de opciones con que cuenta el Mecanismo Único de Validación, es decir, se puede validar el CUV para:

- FEV + RIPS

- NC Parcial + RIPS
- NC Total (sin RIPS)
- Nota de Ajuste (solo archivo RIPS)
- Nota Débito + RIPS
- RIPS sin Factura
- Factura Cápita
- Nota Crédito de seguimiento de acuerdos de Voluntades.

De esta manera, según corresponda se recibirán uno o dos (2) archivos (FEV/NC/ND en formato XML y RIPS en formato JSON) como parámetros y el CUV. El método debe calcular el CUV, acorde con los archivos enviados. La respuesta que se entrega es en formato JSON y cumple una estructura descrita en el Manual de servicios del Api Docker.

#### **4.5.2. DESCARGA DE ARCHIVOS XML Y RIPS POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGOS Y DEMÁS PAGADORES**

A través del método de descarga de archivos, se permite recuperar un tope máximo de archivos diarios. Este servicio estará disponible para realizar 1000 descargas diarias.

El método requiere como parámetro el CUV de los archivos que se requieran recuperar. Si este es válido, se entrega una respuesta con la estructura de un archivo JSON (el cual se especifica en el Manual del servicio web) más la incorporación de una (1) o dos (2) URL en las cuales se encuentre:

- La ubicación de los archivos XML de los documentos electrónicos, según corresponda al módulo que genera el CUV.
- La ubicación de los archivos RIPS en formato JSON, según corresponda al módulo que genera el CUV

## **CAPÍTULO 5. ENVÍO DE LOS DATOS**

## 5.1. REQUERIMIENTOS DEL CERTIFICADO DIGITAL

Con el objeto de asegurar la transmisión de información de los documentos electrónicos de la FEV en salud y del RIPS soporte, los facturadores electrónicos del sector salud deberán disponer de un certificado digital cliente con las siguientes características:

1. El certificado digital de cliente debe permitir autenticar la identidad de un usuario en línea, de tal manera que evite el uso fraudulento de identidades y protege la información confidencial.
2. Debe permitir la firma digital de documentos electrónicos, brindando una forma segura de garantizar la integridad y autenticidad de los archivos.
3. El certificado debe tener capacidad de cifrado de datos sensibles antes de ser enviados a los servicios web del Ministerio de Salud y Protección Social quien podrá descifrarlos.
4. El certificado digital de cliente debe ser emitido por Autoridades de Certificación (CAs) confiables, de tal manera que asegure que sea reconocido y aceptado por la plataforma de Ministerio de Salud y Protección Social

Este certificado aplica únicamente para los facturadores electrónicos del sector salud entidades que opten por la solución tecnológica tipo API Docker empaquetada en contenedores, este certificado debe ser asumido por el facturador electrónico del sector salud. Para la solución tecnológica tipo cliente/servidor no se requiere contar con dicho certificado.

## 5.2. MECANISMO DE ENVÍO

Para el envío del conjunto de documentos a la plataforma del mecanismo único de validación dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, se seguirán las siguientes indicaciones, según la solución tecnológica utilizada por el facturador electrónico del sector salud:

### 5.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR.

Para iniciar, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán realizar la instalación de la solución tecnológica tipo cliente/servidor teniendo en cuenta las siguientes indicaciones.

1. Puede instalarse en un equipo de cómputo con los mínimos o superiores requerimientos informados en el documento Guía de instalación, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, si así lo requiere, puede instalar esta solución en más de un computador de acuerdo a las necesidades del proceso teniendo en cuenta que cada uno de estos equipos trabajará en forma independiente con una

base local que no será compartida entre equipos o usuarios.

2. Se debe tener en cuenta que el envío de datos a través de la plataforma del mecanismo único de validación al Ministerio de Salud y Protección Social solo podrá ser ejecutado por la entidad responsable a través del usuario o los usuarios designados e inscritos en la plataforma SISPRO.

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “Guía de instalación”, dispuesto en el micrositio de factura electrónica de este Ministerio.

Una vez surtida la instalación y para iniciar la transmisión de la información a través de la plataforma del mecanismo único de validación al Ministerio de Salud y Protección Social, el facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán tener en cuentas las siguientes indicaciones:

1. El o los usuarios del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, deberán encontrarse registrados en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social ([www.MiseguridadSocial.gov.co](http://www.MiseguridadSocial.gov.co)).
2. La asignación de usuarios y la autenticación de estos, es responsabilidad de la entidad a cargo, de acuerdo con sus necesidades derivadas del proceso.

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “Guía de autenticación” dispuesto en el micrositio de factura electrónica de este Ministerio.

Para el proceso de envío de los documentos electrónicos al mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá seguirse las siguientes indicaciones:



Abrimos la aplicación y realizamos el registro al servicio cliente/servidor.

- 1) Una vez autenticado, debe validarse la funcionalidad a utilizarse de acuerdo con el tipo de documento electrónico que se desea transmitir:

- Factura electrónica de venta.
- Nota crédito parcial.
- Nota crédito total.
- Nota débito.
- Nota ajusta de RIPS.
- Cápita Inicial.
- Cápita por periodo.
- Cápita Final.
- NC Cápita
- NC Acuerdo de voluntades.
- RIPS sin factura.

Nit / No. Identificación: 530520110  
IPS PRUEBAS FEV-RIPS



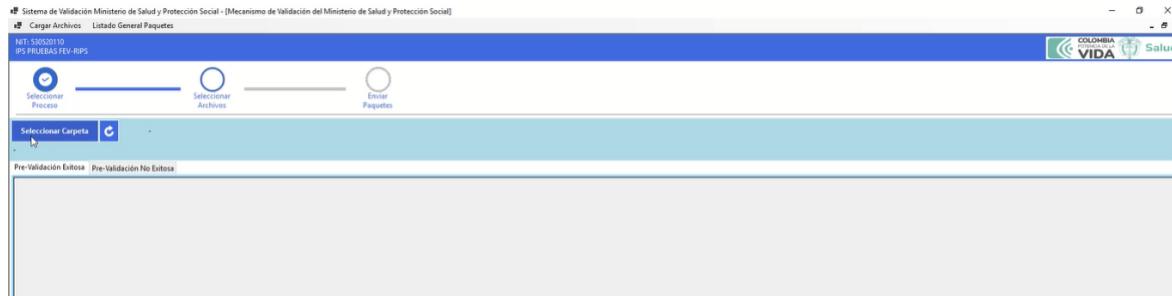
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Seleccionar Proceso	Seleccionar Archivos	Enviar Paquetes	

Bienvenidos Prestadores de servicios de Salud –PSS, Proveedores de Tecnologías de Salud - PTS, a la aplicación Cliente FEV\_RIPS suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, para la selección, validación y transmisión de la Factura Electrónica de Ventas (FEV) en salud, Notas Crédito (NC), Notas Debito (ND), el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) asociado y las Notas de Ajuste (NA), acorde a lo establecido en la Resolución 2275 de 2023.

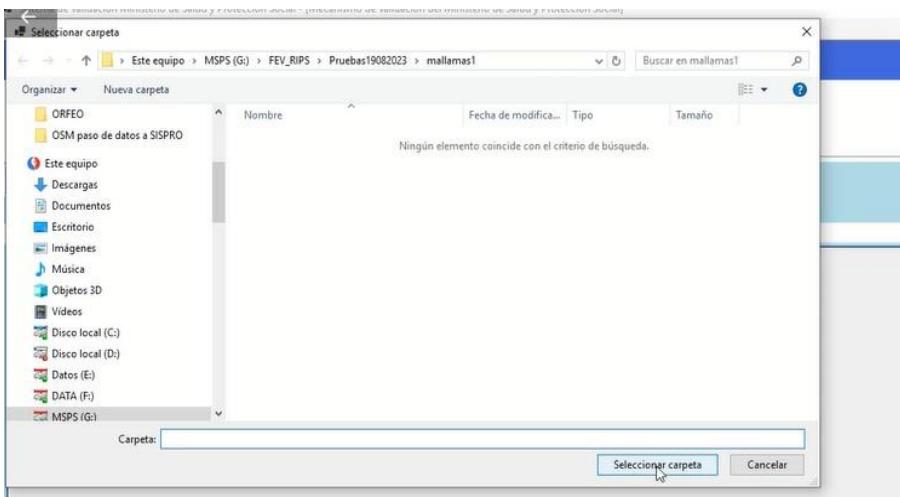
Factura Electrónica de Venta	Nota Crédito Parcial	Nota Débito	Capita Inicial	Capita Final	NC Acuerdo de Voluntades
Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Factura Electrónica con su Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips [Xml + Json]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Nota Crédito con su Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips [Xml + Json]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Nota Débito con su Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips [Xml + Json]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir la Factura Electrónica Capita Inicial [xml]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir el Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips de Capita Final [Json]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmitir Una Nota Crédito de acuerdo de Voluntades [xml]
Nota Crédito Total	Nota de Ajuste	Capita por Periodo	NC Capita	Rips Sin Factura	
Esta opción permite Seleccionar, Validar y transmitir la Nota Crédito del total de un Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips [Xml]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmision el Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips de Nota de Ajuste [Json]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmision la Factura Electrónica con su Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips de Capita	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmision Una Nota Crédito de Capita [xml]	Esta opción permite Seleccionar, Validar y Transmision el Registro Individual de Prestación de Servicios - Rips Sin Factura Electrónica [Json]	

Imagen ilustrativa de la versión 2 del validador cliente/servidor

2) Una vez seleccionada la funcionalidad, para este ejemplo es la funcionalidad de factura electrónica de venta, se procede a dar clic en la opción “Seleccionar Carpeta”:



3) A continuación, se despliega el explorador de archivos, procediéndose a seleccionar la carpeta que contiene los documentos electrónicos que se desean validar y transmitir (AttachedDocument y RIPS), y damos clic en el botón “Seleccionar carpeta” del explorador.



4) Una vez seleccionada la carpeta, automáticamente el sistema procede a realizar las validaciones correspondientes sobre los documentos electrónicos allí dispuestos, generando en pantalla el resultado del procesamiento, el cual puede ser exitoso o con errores:

4.1) En caso de corresponder a procesamiento exitoso, se visualiza en pantalla en la columna

“EstadoProcesamiento” la respuesta en color verde:  
“ProcesamientoExitoso”.

[1 Item(s)] Pre-Validación Exitosa	[0 Item(s)] Pre-Validación No Exitosa
ID: 01A6975444 Documento: G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1	PathDirectory: G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1 ArchivosXml: ed0860155160232211806975306.xml ArchivosBin: 01A6975444_1036.pdf EstadoProcesamiento: ProcesamientoExitoso Rechazados: 0 Notificaciones: 0

Simultáneamente en la parte inferior derecha de la pantalla se habilitará el botón “Enviar Paquetes Aprobados al MSPS”, y al darle clic realiza la

transmisión de estos archivos al Ministerio, y automáticamente el mecanismo realiza el segundo nivel de validación, cuyo resultado, en caso de ser exitoso, generará como resultado el archivo que contiene el código único de validación – CUV, los archivos con el reporte detallado del resultado (Notificaciones) y los archivos originales que fueron dispuestos para su validación asociados al CUV.

Estos archivos, resultado del proceso de validación exitoso, se alojan en la carpeta original donde se dispusieron los documentos electrónicos a validar, de la siguiente manera:

<b>Nombre del Archivo</b>	<b>Tipo Archivo</b>	<b>Observación</b>	<b>Transmisión a la ERP y demás pagadores</b>
ResultadosLocales_1NCPM3	.txt	Se genera durante la primera validación en equipo local.	NO
<b>ResultadosMSPS_1NCPM3_ID3326_A_CUV</b>	.txt	<b>Se genera durante la validación en el Ministerio con CUV aprobado para la fácil interpretación por parte del prestador.</b>	<b>SI</b>

Nota: el nombre de los archivos corresponderá a la siguiente estructura

ResultadosMSPS/Locales\_ (Literal, corresponde a la respuesta obtenida por el mecanismo único de validación en su solución Cliente/Servidor)

- 1NCPM3\_: Número del documento electrónico del XML que se transmite.
- ID55\_: ID del consecutivo transmitido al Ministerio, el cual es único por cada transmisión.
- A\_: Corresponde al estado del documento.
  - A = Aprobado o
  - R = Rechazado
- CUV: Corresponde al código único de validación, se genera únicamente cuando los documentos fueron procesados correctamente.

En caso de corresponder a procesamiento rechazado, se visualiza en pantalla en la columna.

“EstadoProcesamiento” la respuesta en color naranja: “ConErrores”.

NIT: 530520110  
IPS PRUEBAS FEV-RIPS

Seleccionar Proceso     Seleccionar Archivos     Enviar Paquetes

Seleccionar Carpeta G:\FEV\_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1

Carpeta Validada - Tiempo de Procesamiento: 371,52 ms = 0,37 sg

[0 item(s)] Pre-Validación Exitsa [1 item(s)] Pre-Validación No Exitsa

	Id	Documento	PathDirectory	ArchivoXml	ArchivoJson	EstadoProcesamiento	Rechazados	Notificaciones
>	1	BTA6975444	G:\FEV_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1	ad08600155360232211806975306.xml	BTA6975306_101.json	ConErrores	1	38

Para la visualización de las reglas de rechazo, daremos doble clic en el recuadro naranja “ConErrores”, allí se nos desplegara una ventana donde visualizaremos las reglas de Rechazo y Notificación para que el facturador electrónico del sector salud pueda validar y realizar los ajustes necesarios sobre los documentos electrónicos dispuestos.

Resultados de Validación del Paquete

Cerrar G:\FEV\_RIPS\Pruebas19082023\mallamas1

1 Rechazado(s) 38 Notificación(es)

Mostrar:  Rechazado  Notificación

	Id	Clase	Fuente	Código	Descripción	Observaciones
>	16	RECHAZADO	FevRips	RVG02	Los datos del número de nit del prestador y número de factura ya se encuentran registrados en la Base de datos del Ministerio de Salud	Número Documento: BTA6975444 - Rips: 530520110
	39	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND078	El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	
	38	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND079	El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_POLIZA] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	
	37	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND077	El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	
	36	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND078	El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure.unitCode] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	
	35	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND079	El apartado [tributoInfo.PerUnitAmount] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	
	34	NOTIFICACIÓN	FacturaElectronica	IND077	El apartado [tributoInfo.BaseUnitMeasure] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica	

Reportar Incidencia

El detalle de este proceso puede consultarse en el documento “Manual del usuario de la solución cliente/servidor” y así mismo el video “Ejemplo uso del mecanismo único de validación”, dispuesto en el micrositio de facturación electrónica del Ministerio.

## 5.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES

Para iniciar, el facturador electrónico del sector salud deberá realizar la configuración de la solución tecnológica tipo API Docker en sus sistemas

Remítase al documento Guía de Instalación API DOCKER dispuesta en el micrositio de

factura electrónica del Ministerio de salud.

Una vez surtida la instalación y para iniciar la transmisión de la información a través de la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social el facturador electrónico teniendo en cuenta las indicaciones.

1. El o los funcionarios del facturador electrónico del sector salud o de las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar RIPS, debe encontrarse registrado en la plataforma SISPRO – Mi seguridad social ([www.MiseguridadSocial.gov.co](http://www.MiseguridadSocial.gov.co)).

2. Es potestad de la entidad la asignación de dichos usuarios y la autenticación de los mismos.

Remítase al documento Guía de Autenticación dispuesta en el micrositio de factura electrónica del Ministerio de salud. Para el proceso de envío a través de este mecanismo debemos tener en cuenta lo siguiente, en este caso utilizamos la herramienta Postman para realizar la exemplificación de envío de documentos:

1. Autenticación, uno de los métodos que se expone por parte de esta solución tecnológica es el servicio de la autenticación, para la cual el facturador electrónico del sector salud debe informar en cuerpo de la petición los datos para la autenticación de este, una vez informadas daremos clic en la opción “Send” y por ultimo veremos en la respuesta que se obtiene por parte del servicio nos entregara un Token, el cual será utilizado como llave de autenticación al método que será utilizado por el facturador electrónico del sector salud.

The screenshot shows a Postman interface with a green box highlighting the JSON body of the request and another green box highlighting the token in the response body.

**Request Body:**

```
1 {  
2     "personas": [  
3         {"identificacion": "██████████",  
4          "tipo": "CC",  
5          "numero": "██████████",  
6          "clave": "██████████",  
7          "nit": "5308██████████",  
8          "tipoMecanismoValidacion": 0,  
9          "reps": true  
10    ]  
11}
```

**Response Body:**

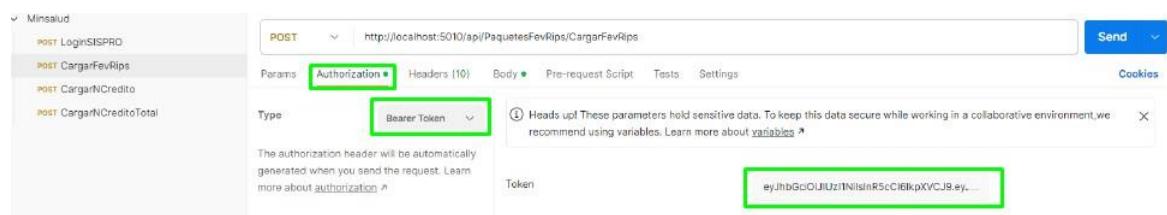
```
1 {  
2     "token": "eyJhbGciOiJIUzI1NiIsInR5cCI6IkNvXCI9,  
3     eyJlbWVkaWZmFkZS16IjEyNzUyNjUxIiwiZW10R0DovL3NjaGVtVXMu01sc29hcC5vcmcd3MvMjAwMS0vN9pZGvUdG10e59jbgPbWVbmFtZS16IjEyNzUyNjUxIiwiH0d0vL3NjAgwvtxXmu1jcm92Z20lNv0593cyByMDA1L2A1Z1KwXaaXRSL2NsY1tcc9ybz11j0iUH1c3RnZ9yfim1vXN1ckRn0w0101XmJcMjY1Ms1St1kR0G  
4     VVZhlsfj0iMS1s1B1c2pC111ByZX09WwvcC1S1V20mfya9WtXncn013jCjH1amf2c8taG5yW1zC50n3yVz8ILCJ0sXqQnvz0GFD310II2MA3HjAxHTA  
5     L1Cj39jvB7Tj0iW121j5v0V9jZ00WV9c21LICk1LQUjD0UlfVQfKTT1EEZTV1158V9T1w1Q29havvXh1c1nZ09yj1jMThMDMnDA1MDnX1w1Q29hVwipY2Fja9pu  
6     UH113RnHg9j1joINTEm0E11Cj3ax8vTwjy21vnFaWnY21w161j141CjN2Nnhnb1lw9waxpZsfjewu5Qn10i1xTiianrPlj0iMMyOTZ1NtcT0fJnC0962  
7     m11WE0bpc11wv0qf1ZGy1vTuM0B00Gh21i1w1Zxhni1joxh14kMT03Wt1yfQ..BLW7CVdgqy1..v1..5ndun1h7o7c95..v21V9bKSpBm",  
8     "exp": 1645151100  
9 }
```

Nota: Para el proceso de registro y autenticación remítase al documento **Guía de Autenticación** dispuesta en el micrositio de factura electrónica del Ministerio de salud.

Una vez autenticados el facturador electrónico del Ministerio de salud deberá remitirse al método que desee consumir.

- LoginSISPRO
- CargarFevRips
- CargarNC
- CargarNCTotal
- CargarND
- CargarNCACuerdoVoluntades
- CargarRipsSinFactura
- CargarCapitalInicial
- CargarCapitaPeriodo
- CargarCapitaFinal
- CargarNcCapita
- CargarNotaAjuste

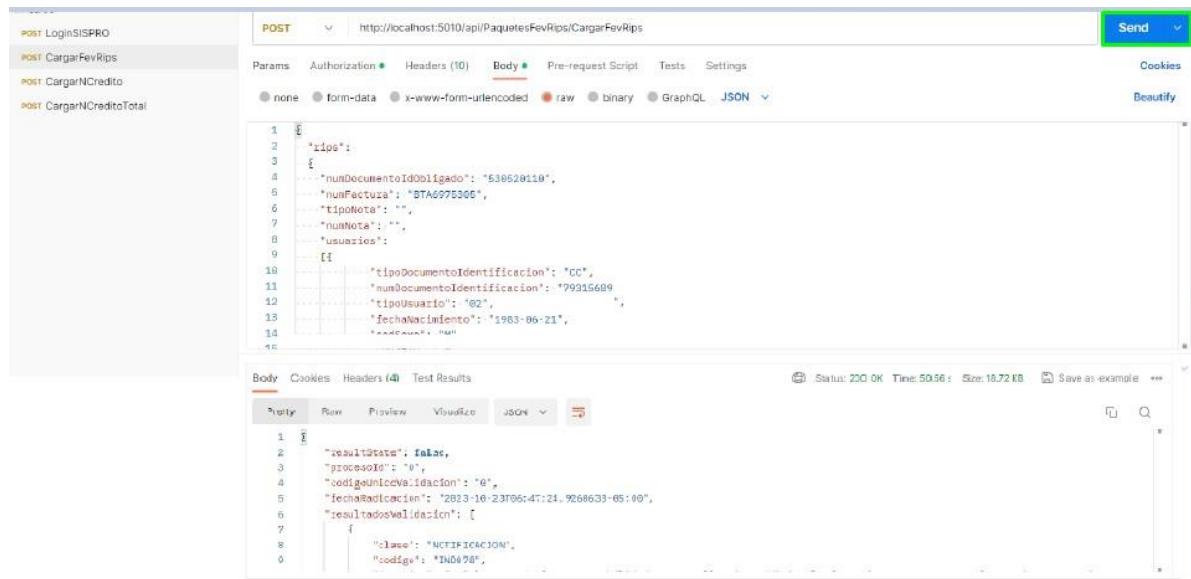
2. Para este ejemplo realizaremos el consumo del método CargaFEVRIPS, para lo cual utilizaremos el token que nos retornó el método de autenticación.



Para realizar el envío de la información se deberá enviar los documentos electrónicos requeridos para este método.

```
{
  "rips": (Documento JSON de los RIPS)
  "XMLFEVFile": Contenedor electrónicos “AttachedDocument” en Base64”
}
```

Una vez se cargue el mensaje de envío al método deberemos dar clic en “Send” y una vez finalizado la validación obtendremos la respuesta del mismo donde podremos observar si el documento fue o no aprobado la cual podemos validar en una respuesta en formato JSON.



```

POST http://localhost:5010/api/PaquetesFevRips/CargarFevRips
{
    "rips": {
        "numDocumentoIdObligado": "530620110",
        "numFactura": "8TA69753005",
        "tipoNota": "",
        "numNota": "",
        "usuarios": [
            {
                "tipoDocumentoIdentificacion": "CC",
                "numDocumentoIdentificacion": "799315609",
                "tipoUsuario": "02",
                "fechaNacimiento": "1983-06-21"
            }
        ]
    }
}

```

Body Cookies Headers (4) Test results

```

{
    "resultState": false,
    "procesoID": 0,
    "codigounicovalidacion": "0",
    "fecharradicacion": "2023-10-23T06:47:21.9266633-05:00",
    "resultadosvalidacion": [
        {
            "clase": "NOTIFICACION",
            "codigo": "IND078"
        }
    ]
}

```

Status: 200 OK Time: 50.56s Size: 18.72 kB Save as example

El Response del método corresponde a la siguiente exemplificación de estructura:

```
{
    "ResultState": true,
    "ProcesoID": 1024,
    "NumFactura": "W5",
    "CodigoUnicoValidacion": "a2cf8c6b2f9563d39c5cd7dd8d73e77a5926165a269c07ee84a1c4162ecd198526501a93c1b2f8155ddf88c82fb15b4",
    "FechaRadicacion": "2025-03-10T17:25:54.7705162+00:00",
    "RutaArchivos": null,
    "ResultadosValidacion": [
        {
            "Clase": "NOTIFICACION",
            "Codigo": "FED078",
            "Descripcion": "El apartado
[Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica",
            "Observaciones": "",
            "PathFuente": "",
            "Fuente": "FacturaElectronica"
        }
    ]
}
```

Esta información deberá ser almacenada por parte del PSS/PTS como parte del proceso para la Radicación posterior en los casos que se haya obtenido el CUV, en caso contrario se deberá realizar los ajustes correspondientes.

### 5.3 MENSAJES

Esta respuesta se deberá almacenar por parte del prestador en un Archivo con extensión .json o txt en el caso de la solución API Docker, en caso de la solución Cliente/Servidor deberá transmitir el archivo con extensión .txt que contendrá el CUV resultado de las validaciones de los documentos para manejar el proceso de interoperabilidad de la información del CUV que se transmitirá por parte de los prestadores a las entidades responsables de pago. El nombre del archivo corresponderá al asignado por parte del prestador/proveedor a este archivo.

Los mensajes de respuesta que generan por parte de la plataforma del mecanismo único de validación del Ministerio pueden corresponder a notificaciones y rechazos, que se generan sobre los documentos transmitidos en la aplicación de las reglas y condiciones contenidas en la Resolución 2275 de 2023, así como las derivadas del relacionamiento del RIPS como soporte de la FEV en salud.

Los mensajes de estas validaciones se dividen en:

- **Mensajes de validaciones generales**, nos indican novedades sobre las validaciones realizadas sobre los RIPS y la Información de la FEV en salud, la cual debe guardar relación entre lo informado en las Resoluciones y los reportado en los documentos electrónicos transmitidos, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en este documento.

#### Ejemplo

Cerrado						
C:\Users\Wilmer Bernal\Desktop\MS\Documentos_contrato_IV_233\TRABAJO\Pruebas Validador Octubre 2023\NCP\Prueba German\Sesión pruebas\FE1 - copia						
1 Rechazado(s)		23 Notificación(es)		Mostrar: <input checked="" type="checkbox"/> Rechazado <input checked="" type="checkbox"/> Notificación		
Id	Clase	Fuente	Código	Descripción	Observaciones	PathFuente
0	RECHAZADO	Rips	RVG06	Los RIPS no cumplen con la estructura establecida.	After parsing a value an unexpected character was encountered.: Path 'usuarios[0]', line 9, position 31.	Estructura general
1	NOTIFICACION	FacturaElectronica	FED078	El apartado [Interoperabilidad.Group.Collection.AdditionalInformation.NUMERO_CONTRATO] no existe o no tiene valor en el Xml de la Factura Electrónica		

- **Mensaje de validaciones por campo**, nos indican novedad en los campos de datos referenciados en el RIPS los cuales deben guardar relación con lo informado en las Resolución 2275 de 2023 y los datos transmitidos sobre dicho documento, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en este documento.

#### Ejemplo

Resultados de Validación del Paquete						
Cerrar		C:\Users\Wilmer Bernal\Desktop\MS\Documentos_contrato_IV_233\TRABAJO\Pruebas Validador Octubre 2023\NCP\Prueba German\Sesión pruebas\FE1 - copia				
3 Rechazado(s) 40 Notificación(es)		Mostrar: <input checked="" type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Notificación				
	Id	Clase	Fuente	Código	Descripción	Observaciones
▶	0	RECHAZADO	Rips	RVG06	El nit del prestador no coincide con los datos de Autenticación	El nit del RIPS no coincide con el nit de autenticación
	1	RECHAZADO	FevRips	RVC001	Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta.	Verificar el NIT entre el archivo RIPS y el archivo de FEV
	2	RECHAZADO	FevRips	RVC001	Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta.	Verificar el número de factura entre el archivo RIPS y el archivo de FEV

- **Mensajes de validaciones de los documentos electrónicos**, los cuales corresponde a validaciones de estructura de las facturas, notas crédito y notas débitos transmitidas al mecanismo y que deben guardar relación con lo informado en la Resolución 2275 de 2023, así mismo con la estructura definida por la DIAN sobre los documentos informados en la Resolución 0165 de 2023, las cuales para mayor detalle de los mensajes y las validaciones generales se encuentra en este documento.

Resultados de Validación del Paquete							
Cerrar		C:\Users\Wilmer Bernal\Desktop\MS\Documentos_contrato_IV_233\TRABAJO\Pruebas Validador Octubre 2023\NCP\Prueba German\Sesión pruebas\FE1 - copia					
1 Rechazado(s) 0 Notificación(es)		Mostrar: <input checked="" type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Notificación					
	Id	Clase	Fuente	Código	Descripción	Observaciones	PathFuente
▶	0	RECHAZADO	FacturaElectronica	FEV001	Hay un error en la estructura del Xml en el parámetro [AttachedDocument]	Error: There is an error in XML document (0, 0). - Error Técnico: Root element is missing.	

### 5.3.1. AUTORIZACIÓN ESPECIAL EN CASO DE QUE POR INTERRUPCIONES DE LA CONECTIVIDAD NO SE RETORNE EL CUV.

A pesar de haber transmitido correctamente los documentos, por diversos motivos no se obtuvo la respuesta con el CUV y al intentar enviar nuevamente los archivos al mecanismo único de validación, se responderá con un mensaje de rechazo porque ya figura la factura en la base de datos, pero se ha incluido en el mensaje el CUV, el cual debe ser aceptado como prueba alterna de validación exitosa por los pagadores. Es decir, los pagadores deberán aceptar la primera posibilidad informados sobre el numeral [5.2.1. SOLUCIÓN TIPO A SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO CLIENTE/SERVIDOR](#). Y [5.2.2. SOLUCIÓN TECNOLÓGICA TIPO API DOCKER EMPAQUETADA EN CONTENEDORES](#), pero cuando no se devuelva el CUV habiendo sido exitosa la validación deberán aceptar la opción comentada y que se muestra en el siguiente recuadro:

```
{  
    "ResultState": false,  
    "ProcesoId": 0,  
    "NumFactura": "0",  
    "CodigoUnicoValidacion": "No aplica a paquetes procesados en estado [RECHAZADO] o validaciones realizadas antes del envío al Ministerio de Salud y Protección Social",  
    "FechaRadicacion": "2025-03-06T10:57:56.9711959-05:00",  
    "RutaArchivos": "C:\\\\Users\\\\asus\\\\Documents\\\\FE",  
    "ResultadosValidacion": [  
        {  
            "Clase": "RECHAZADO",  
            "Codigo": "RVG02",  
            "Descripcion": "Los datos de los RIPS deben coincidir con los registrados en la factura electrónica de venta y demás documentos electrónicos.",  
            "Observaciones": "Los datos del número de nit del prestador y número documento electrónico ya se encuentran registrados en la Base de datos del Ministerio de Salud; CUV  
b09b98e8fcf1c914eec00316eca9dae68c459b6c8ca01201b29c70d47a14e61f186dc63d868bf6b1e54d617f0c8749f6 del Documento electrónico No. FEHM638991 con CUFE/CUDE  
016539d6bc2605cc16e0c83e0c3e56c17d43ac9665e720ba6cba186b07c3a18e0b5530804813b88f0a7431f71d115691.",  
            "PathFuente": "",  
            "Fuente": "FevRips"  
        }  
    ]  
}
```

Con el objeto de asegurar la disponibilidad del servicio de recepción y validación de las facturas electrónica y sus Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud FEV-RIPS, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará una estrategia a seguir en caso que algunos de los riesgos identificados en la operación, el entorno tecnológico y las variables de riesgo asociadas a la infraestructura física donde opera el proceso de recepción y validación de FEV-RIPS se puedan materializar y afectar la operación del proceso FEV-RIPS. En este sentido, la estrategia de contingencia contemplará los siguientes aspectos:

1. Identificar los sistemas críticos: Identificar los sistemas de información y servicios misionales y de datos que están asociados al proceso de recepción y validación de FEV-RIPS que son vitales para la operación.
2. Realizar un análisis de riesgos: Se debe realizar un análisis de riesgos para determinar las posibles amenazas y vulnerabilidades que podrían impactar la operación del proceso de FEV-RIPS. Esto implica evaluar riesgos como pérdida de datos, fallas en el hardware o el software, ataques cibernéticos, desastres naturales.
3. Desarrollar un plan de contingencia: Desarrollar un plan de contingencia que establezca las acciones a tomar en caso de que ocurra una contingencia. Esto incluye el establecimiento de roles y responsabilidades, la coordinación con proveedores de servicios, la asignación de recursos necesarios y la definición de los procesos de recuperación.
4. Implementar medidas de seguridad: Implementar medidas de seguridad adecuadas en los sistemas de información para prevenir posibles amenazas y minimizar el impacto en caso de contingencia. Esto incluye el uso de firewalls, antivirus, copias de seguridad regulares, sistemas de monitorización, entre otros.
5. Realizar pruebas y entrenamiento: Realizar pruebas periódicas para asegurar que el plan de contingencia funcione correctamente y que la solución tecnológica de recepción de FEV-RIPS sean capaces de recuperarse de manera eficiente en caso de contingencia, de igual manera, se debe capacitar al personal en los procedimientos de contingencia y en las medidas de seguridad adecuadas.
6. Mantener actualizado el plan de contingencia: Actualizar periódicamente el plan de contingencia para adaptarlo a los cambios del modelo operativo de FEV-RIPS y a los nuevos entornos tecnológicos. Esto implica evaluar nuevos riesgos, actualizar los contactos de proveedores, revisar las medidas de seguridad.

Para más información sobre el plan de contingencia desplegado por el Ministerio de Salud y Protección Social para todas las plataformas del SISPRO, dirigirse al siguiente enlace:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/alta-disponibilidad-resiliencia-desastres-servicios-azure-fev-rips.pdf>

Para el reporte del RIPS como soporte de la FEV en salud, cuando se presente una eventualidad en

Las plataformas del facturador electrónico del sector salud que impida el envío de información al mecanismo único de validación del Ministerio, este deberá desarrollar sus planes de contingencia.

# CAPÍTULO 7. MESA DE AYUDA

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con una mesa de ayuda tecnológica misional, que realiza la atención de las consultas de los usuarios del sistema de información del Ministerio, a través de los Servicios BPO de centro de contacto.

## 7.1. CANALES DE COMUNICACIÓN

Los canales de comunicación establecidos para la atención de usuarios a través de la mesa de ayuda tecnológica misional son:

### 1. Canal Telefónico.

- Teléfono en Bogotá: (601) 330 5043
- Resto del país: 018000960020

El horario de atención del canal telefónico es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

### 2. Canal Correo electrónico

[soporte-fev-rips@minsalud.gov.co](mailto:soporte-fev-rips@minsalud.gov.co)

## 7.2. ACUERDOS DE NIVEL DE SERVICIO

Para la atención de las consultas realizadas por los usuarios, se tienen 3 niveles de atención, de acuerdo con la complejidad de esta.

A continuación, se detallan los niveles y el procedimiento de gestión establecido:

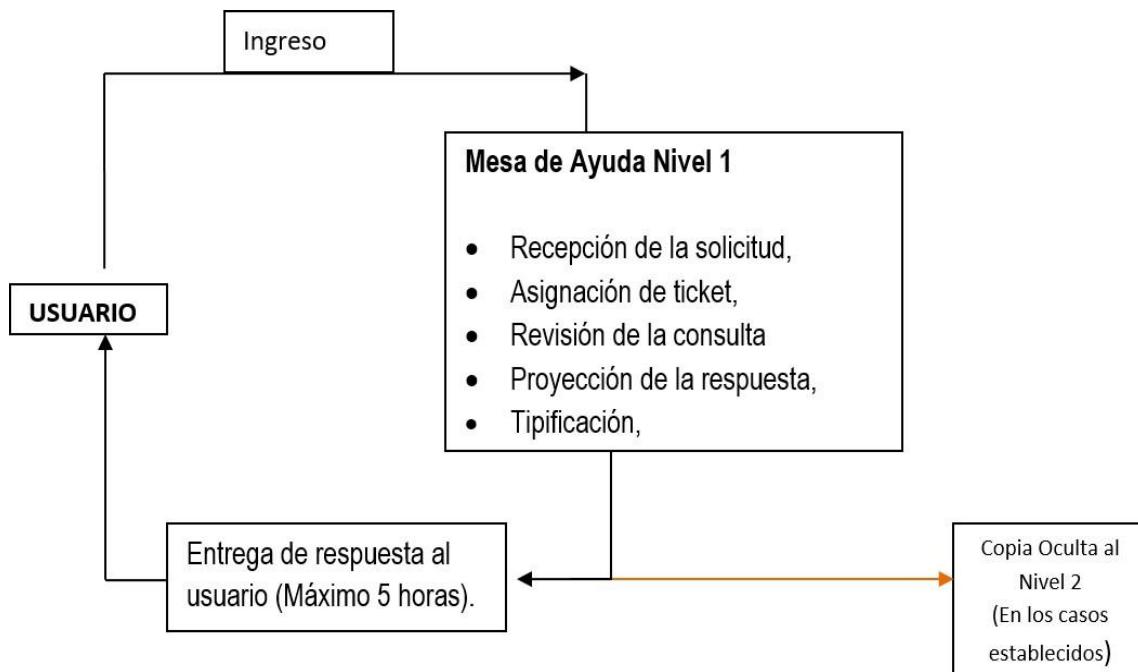


Fuente: Construcción Propia

### 7.2.1. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 1

Es realizada directamente por los asesores o agentes de la mesa de ayuda.

Las etapas del proceso de gestión son: Recepción de la solicitud, asignación de ticket, revisión de la consulta, proyección de la respuesta, tipificación y entrega de respuesta al usuario, con copia oculta al nivel 2 en los casos establecidos.



La proyección de la respuesta la realizan los asesores o agentes teniendo como insumos los siguientes documentos: Bases de conocimiento, instructivos Abécé, directorios, página Web del Ministerio y entidades.

La entrega de respuestas por parte de la mesa de ayuda de nivel 1 a los usuarios, se realiza únicamente a través de los correos electrónicos de Nivel 1 establecidos por el Ministerio para cada temática, conservando toda la trazabilidad de la consulta.

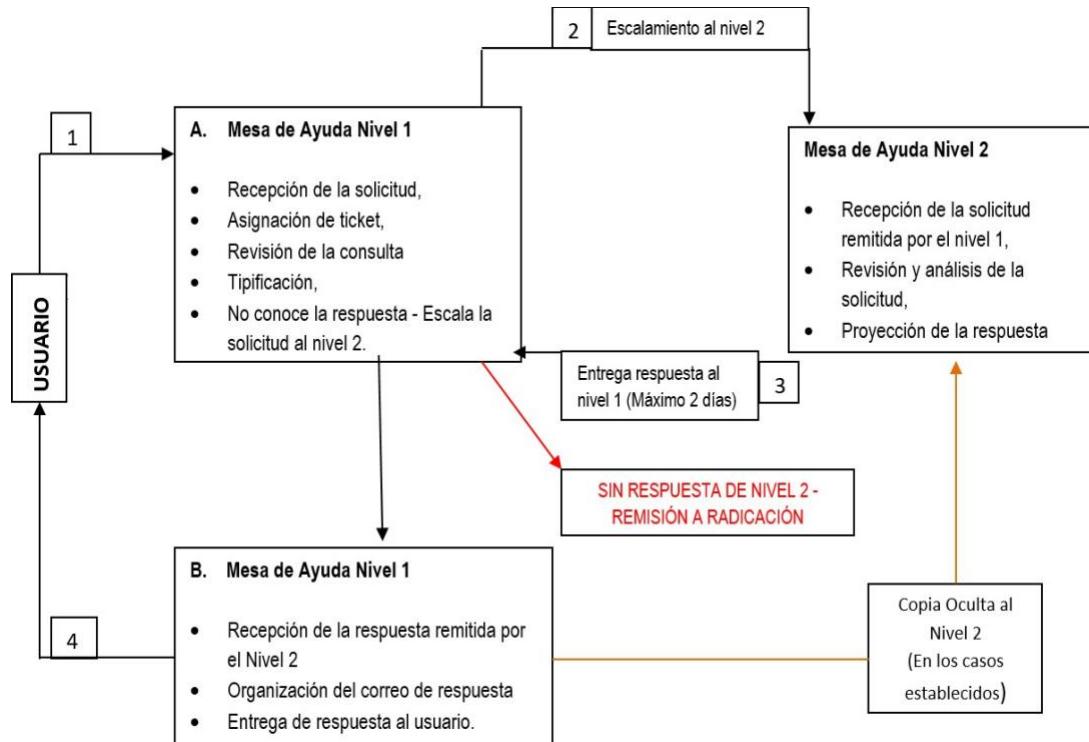
A todas las consultas que ingresan a la mesa de ayuda Nivel 1, se les asigna un número de caso individual y diferente al resto de consultas y temáticas; este número de caso o ticket se registra en el asunto del correo.

Los correos electrónicos establecidos en el Nivel 1, son de uso restringido para la gestión entre agentes de la mesa de ayuda y usuarios, y su uso es únicamente para recibir consultas y entregar la respectiva respuesta.

## 7.2.2. GESTIÓN DE SERVICIO NIVEL 2

Es realizada directamente por los líderes funcionales o responsables del Tema en el Ministerio.

Las etapas del proceso de gestión son: Recepción de la solicitud remitida por el Nivel 1, revisión de la consulta, proyección de la respuesta, entrega de respuesta al Nivel 1 con toda la trazabilidad de la consulta (Máximo en 2 días), organización de la respuesta y entrega al usuario, con copia oculta al nivel 2 en los casos establecidos.



El agente antes de realizar el escalamiento de una consulta al Nivel 2, debe primero indagar, verificar, investigar la consulta, y en caso de no tener la respuesta o solución, debe incluir todas las pantallas de error y trazabilidad de gestión realizada, en el correo de escalamiento a nivel 2.

Cuando el correo no presente claramente la consulta, el agente antes de realizar escalamiento al nivel 2, debe contactar al usuario para averiguar concretamente cuál es la consulta. Una vez tenga la información completa valida si la consulta es competencia de nivel 1 o si requiere escalamiento al nivel 2.

El contacto de Nivel 2 una vez reciba la solicitud en el correo establecido, tiene máximo 2 días para entregar respuesta a la mesa de ayuda.

En caso de que el contacto de Nivel 2 no entregue respuesta en el tiempo establecido, la mesa de ayuda de Nivel 1 procede a remitir a radicación la solicitud, y cierra el caso, con el fin de que la Dependencia responsable de la consulta, entregue directamente la respuesta al usuario.

### 7.3. PREGUNTAS FRECUENTES

Para las preguntas frecuentes el Ministerio dispone en el micrositio el documento ABC para que pueda ser consultadas estas preguntas frecuentes, adicional en los casos que se requiera actualizar o disponer información adicional se realizará sobre dicho documento.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/id/Lists/BibliotecaDigital/ABC-Resoluci%C3%B3n-506-de-19-03-2021.pdf>