

VALIDACIONES DE LA ESTRUCTURA DEL REGISTRO POR PERSONA DE LAS ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y APLICACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Para el reporte debe ser de manera mensual los primeros 10 días calendarios de cada mes, entregando la información del mes inmediatamente anterior, según las actividades de detección temprana y protección específica y la aplicación de las guías de interés en salud pública. EPS Famisanar Ltda retroalimentará a las IPS los errores encontrados en la validación de la información reportada y la IPS deberá enviar solo la información corregida a partir de los errores socializados, hasta los primeros quince días calendario de cada mes, esto quiere decir que si hay entrega de los archivos en los primeros 5 días calendarios de cada mes tendrá 10 días calendarios para la corrección, y así mismo en relación a la prontitud de la entrega de la información.

Los cortes para la entrega de la información serán de 25 a 25 de cada mes, a diferencia de diciembre, en enero debe remitirse a corte de 31 de diciembre para el cierre del año.

La IPS debe enviar la información en un solo archivo con los reportes de cada una de las sucursales.

Los registros de control y de detalle de las actividades de detección temprana y protección específica y la aplicación de las guías de interés en salud pública, de cada uno de los afiliados a Famisanar Ltda y el archivo de los registros de control y detallado de las novedades a deben enviarse en archivos separados.

La información debe enviarse acumulada durante el año y los años que se reporten, lo que quiere decir que cada mes se debe actualizar los datos que se hayan prestado y si es necesario actualizar el cambio de acuerdo al histórico de las variables ya registradas. Además de agregar el registro con el diligenciamiento de las 119 variables de cada paciente nuevo que haya sido atendido para las actividades de detección temprana, protección específica y aplicación de las guías de enfermedades de interés en salud pública. En el caso que en los registros de los afiliados ya reportados, no haya actualizaciones frente a las variables y la prestación de la IPS de las actividades, igualmente se reporta sin ningún cambio.

Si la IPS no envió el archivo en los primeros 10 días tendrá la opción de entregarlo en el mes siguiente consolidado con el reporte actual.

El archivo debe venir con firma digital del representante legal de la Institución, o una certificación donde refiere que la información es veraz, confiable y de calidad en cuanto al reporte de las actividades de detección temprana, protección específica y aplicación de guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Este debe tener la fecha de entrega por parte de la IPS a la EPS, el encabezado: a quien va dirigido: Señores: Famisanar Ltda, Dirección: Aut. Norte No. 161 A - 12, Bogotá D.C. El cuerpo del mensaje el cual contiene lo siguiente: Yo _____ identificado con cc _____, ejerciendo el cargo de _____, certifico que la información remitida con corte a _____, de las actividades de detección temprana, protección específica y aplicación de las guías de interés en salud pública, en el periodo comprendido entre fecha inicial _____ y fecha final _____, que se realizó en la IPS _____ y sus sucursales, identificado con el NIT _____, es veraz, confiable, de buena calidad y soportable ante cualquier auditoría, revisión y seguimiento. Firma: Nombre, cargo y firma del representante legal o quien haga sus veces.

En el oficio remitido de manera obligatoria se debe incluir los datos de contacto de la persona encargada del envío y la recepción de la retroalimentación de la información (Nombres y Apellidos, Correo electrónico, número de teléfono fijo y la extensión si es el caso y/o Celular, Dirección, Ciudad, IPS y código de habilitación).

Si la IPS recupera actividades de meses anteriores, se podrá registrar en la base acumulada siempre y cuando se deje el dato más reciente, lo anterior con el ánimo de evitar que al realizar la medición y análisis de los indicadores no se afecte el resultado de estos

Es importante resaltar que las variables tendrá unas validaciones de acuerdo a las mismas y la actividad frente al sexo y edad, concordancia y coherencia relacionado con las demás variables del registro por afiliado, por lo que es importante actualizar son los datos acumulados para evitar que se tome como un campo erróneo. Ejemplo: Un afiliado de 45 años con consulta de adulto mayor, cuando este cumpla los 46 saldría error, porque ya no aplica para la edad de acuerdo a norma detección temprana del adulto mayor.

Toda información registrada en el reporte de las variables de la Resolución 4505 de 2012, deben soportarse y coincidir con los registros de historia clínica, RIPS, sistemas informacion tales como SIVIGILA, cuanta de alto costo, circular 058 de 2009, cohortes, base de datos de afiliados, SIVIM.

La información registrada en esta resolución será de revisión y seguimiento periódico por medio de auditorías por parte de la EPS Famisanar Ltda.

Ante cualquier inquietud y/o envío de copia de los informes de Resolución 4505 de 2013, comunicarse con el enfermero regional de la EPS el cual está asignado a la IPS o en el correo resolucion4505@famisanar.com.co.

VALIDACIONES BÁSICAS DE LA ESTRUCTURA DEL ARCHIVO

Los nombres de archivos y los datos deben estar en mayúsculas, sin caracteres especiales y sin tildes.

El separador de campos debe ser pipe (|). Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial pipe (|).

Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") o paréntesis (|), ni ningún otro carácter especial

Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita decimales, se debe usar el punto (.), como separador de decimales.

Los campos de tipo de fecha debe venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guión, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.

Las longitudes deben responder a los campos definidos de los registros de control y detalle de este anexo técnico se debe entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los temas pueden tener una longitud menor.

Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se deben con ceros ni espacios.

Tener en cuenta que cuando los códigos traen ceros (0), estos no pueden ser reemplazados por la letra "O" la cual es un carácter diferente a cero.

Los archivos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.

No debe excederse de los 119 campos de la estructura de la Resolución 4505 DE 2012, en el archivo detallado y 11 campos en el archivo detallado de novedades.

Ninguno de los campos de la estructura debe exceder la longitud de acuerdo a la Resolución 4505 de 2012.

Ninguno de los campos de la estructura debe diferenciar de las condiciones de las opciones de respuesta estipuladas por la Resolución 4505 de 2012.

Cada registro o fila de la base de datos corresponde a un usuario y cada variable es una pregunta acerca de su atención, todas las variables de este usuario deben registrarse en esa misma fila, si tiene varias atenciones o riesgos simultáneos, se marca con el valor permitido en la variable correspondiente. El mismo documento de identificación no debe tener una segunda variable, solo una con todas diligenciadas de acuerdo a las atenciones recibidas en el periodo reportado.

La base de datos debe venir en txt. Separado por el carácter pipe (|). No debe faltar ningún campo de los definidos en la estructura y ninguna variable debe venir vacía, y si es así el validador debe rechazar la carga y marcar el error.

ESTRUCTURA DEL NOMBRE DEL ARCHIVO DATOS ORIGINALES.

NOMBRE ARCHIVO DE ENTREGA DE LAS IPS

COMPONENTE DEL NOMBRE DEL ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO	POLÍTICA REQUISITO
FECHA DE CORTE	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, corresponde al último día calendario del periodo de información reportada	8	SI	Las IPS deben realizar el corte de información de 25 a 25 para lograr la entrega todos los 10 primeros días de cada mes. Ej.: 20130425
NIT (Número de identificación Tributario) de la IPS	Nxxxxxxxxxxx	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación anteponiendo el prefijo NI. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: NI000860999123	14	SI	Debe tener el código de habilitación de la IPS que reporta y envía el archivo a la EPS Famisanar.
Tema de información	D	Identifica el tema de fuente de la información, D=Archivo detallado	1	SI	Este es fijo de acuerdo al tipo de archivo, este corresponde al archivo de detallado, lo cual permite su identificación.

Nombre: AAAAMMDDNxxxxxxxxxD

REGISTRO DE CONTROL DE LA IPS - ARCHIVO DETALLADO

COMPONENTE DEL NOMBRE DEL ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	TIPO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD MÁXIMA DEL CAMPO	REQUERIDO	POLÍTICA REQUISITO
TIPO DE REGISTRO	1	N	1. Valor que significa que el registro es de control.	1	SI	Este número es fijo no tiene ningún cambio.
CÓDIGO DE LA EPS O DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD	6	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud en el caso de las EPS y para las Direcciones Territoriales de Salud, el código del Departamento DIVIPOLA	6	SI	Registrar el código de la EPS famisanar Ltda.
FECHA INICIAL DEL PERIODO DE LA INFORMACIÓN REPORTADA	AAAA-MM-DD	F	Debe corresponder a la fecha de inicio del corte del periodo de información reportada. "Ver Artículo 10 de la Resolución".	10	SI	Debe responder a la fecha inicial dentro del corte mensual que reporta. Las IPS deben realizar el corte de información de 25 a 25 para lograr la entrega todos los 15 primeros días de cada mes con correcciones. Ej.: 2013-04-25
FECHA FINAL DEL PERIODO DE LA INFORMACIÓN REPORTADA	AAAA-MM-DD	F	Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y debe coincidir con la fecha de corte de nombre del archivo. "Ver Artículo 10 de la Resolución".	10	SI	Debe corresponder a la fecha final dentro del corte mensual, del periodo (mes) que esta reportando. Las IPS deben realizar el corte de información de 25 a 25 para lograr la entrega todos los 15 primeros días de cada mes con correcciones. Ej.: 2013-05-25
NÚMERO TOTAL DE REGISTROS DE DETALLE CONTENIDOS EN EL ARCHIVO	Númerico	N	Debe corresponder a la cantidad de registros Tipo 2, contenidos en el archivo	8	SI	Este número debe ser igual a último número consecutivo de registros del archivo detallado de los datos originales de la atención de los afiliados.

REGISTRO DE DETALLE DATOS ORIGINALES IPS Y EPS - ARCHIVO DETALLADO

CODIGO DEL CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	VALOR PERMITIDO	LONGITUD	TIPO DE CAMPO	POLÍTICA	CUNDINAMARCA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
0	Tipo de registro	2	1	Númerico	Es un número fijo que identifica que son los registros de detalle de las actividades de DT, PE y guías de atención.	
1	Consecutivo de registro	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementado de 1 en 1, hasta el final del archivo		8	Númerico Debe ser el número consecutivo, secuencial y ordenado de cada uno de los registros o filas de las variables con los datos de los usuarios afiliados a Famisanar vivos y activos a la fecha de corte del respectivo reporte.	

2	Código de habilitación	Tabla REPS (registro especial prestadores de servicios de salud). Si es desconocido registrara 999.	12	Numérico	Código habilitación de la Superintendencia Nacional de Salud (IPS), con el consecutivo de las sucursales. Si es correcto y no ingresa por favor comunicarse con la EPS Famisanar Ltda. Debe registrarse el código de habilitación de la IPS primaria o puerta de entrada del afiliado. Si es desconocido registrar 99 : Este valor no es valido para Famisanar.	
3	Tipo de identificación del usuario.	RC- Registro Civil TI- tarjeta de identidad CE- cedula extranjera CC- cedula de ciudadanía PA- Pasaporte MS- menor si identificación AS-Adulto sin identificación CD- Carné Diplomático NV- Certificado nacido vivo, sólo para menores con 2 meses o menos de nacidos calculando entre la fecha de nacimiento y la fecha de corte del reporte.	2	Alfanumérico	Las IPS deben enviar tan solo los las opciones encontradas en la Resolución 4505 de 2012. RC- Registro Civil TI- tarjeta de identidad CE- cedula extranjera CC- cedula de ciudadanía PA- Pasaporte MS- menor sin identificación CD-Carné Diplomático AS- Adulto sin identificación: No va hacer aceptado por la EPS ya que este no es parte de la base de datos y no se puede verificar si es usuario de Famisanar Ltda. NV- Certificado nacido vivo, sólo para menores con 2 meses o menos de nacidos calculando entre la fecha de nacimiento y la fecha de corte del reporte. Es importante tener en cuenta que los tipos de identificación MS, AS y NV deben ser actualizados en el siguiente reporte en la estructura de novedad, estos tipos de documentos no deben persistir en los reportes. Si envía el tipo de identificación NV debe enviar el RUAF, ya que la EPS no tiene acceso a este documento y es necesario para verificar si es afiliado a la EPS Famisanar Ltda. Las IPS deben reportar las novedades de cambios de identificación que identifiquen en la atención con los usuarios.	
4	Número de identificación del usuario	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior.	18	Alfanumérico	Debe registrarse tal cual como se encuentra en la base de datos de afiliaciones. Es importante reportar si hay existencia de diferencias entre la base de datos de Famisanar Ltda, y la realidad demostrada por el afiliado.	
5	Primer apellido del usuario	Registrar el dato como se encuentra en la base de datos BDUA, teniendo en cuenta que debe escribirse en MAYÚSCULA, sin tildes y sin caracteres especiales.	30	Alfanumérico	Se debe colocar los nombres y apellidos tal cual como se encuentra en Base de afiliaciones de Famisanar Ltda.	
6	Segundo apellido del Usuario	Registrar el dato como se encuentra en la base de datos BDUA teniendo en cuenta que debe escribirse en MAYÚSCULA, sin tildes y sin caracteres especiales. En caso de no tener el segundo apellido o no se tenga el dato registrar "NONE", en mayúscula sostenida.	30	Alfanumérico	Se debe colocar los nombres y apellidos tal cual como se encuentra en Base de afiliaciones de Famisanar Ltda	
7	Primer nombre del usuario	Registrar este dato como se encuentra en la base de datos reportada al BDUA, teniendo en cuenta que debe escribirse en MAYÚSCULA, sin tildes y sin caracteres especiales.	30	Alfanumérico	Se debe colocar los nombres y apellidos tal cual como se encuentra en Base de afiliaciones de Famisanar Ltda	
8	Segundo nombre del Usuario	Registrar este dato como se encuentra en la base de datos reportada al BDUA, teniendo en cuenta que debe escribirse en MAYÚSCULA, sin tildes y sin caracteres especiales. En caso de no tener el segundo apellido o no se tenga el dato registrar "NONE", en mayúscula sostenida.	30	Alfanumérico	Se debe colocar los nombres y apellidos tal cual como se encuentra en Base de afiliaciones de Famisanar Ltda	
9	Fecha de Nacimiento	Registre en el formato AAAA-MM-DD la fecha de nacimiento como se encuentra en la base de datos reportada al BDUA.	10	Fecha	Es importante verificar que la fecha tenga la estructura definida AAAA-MM-DD, de acuerdo a la estructura de la Resolución 4505 de 2012, y que sea coherente ejemplo meses de 00 o mayor 12, al igual días 00 o mayor a 31 no son validos. Debe encontrarse tal cual como esta en base de datos de Famisanar Ltda.	
10	Sexo	M- Masculino F- Femenino	1	Alfanumérico	Se debe registrar la información encontrada en la base de datos de afiliaciones. Es importante reportar si hay existencia de diferencias entre la base de datos de Famisanar Ltda, y la realidad demostrada por el afiliado.	
11	Código de pertenencia étnica	Registrar según como lo que haya reportado el usuario: 1- Indígena 2- ROM (gitano) 3- Raizal (archipiélago de san Andres y Providencia) 4- Palanquero de San Basilio 5- Negro (a), Mulato (a), Afrocolombiano (a) o afrodescendencia. 6- Ninguno de los anteriores.	1	Numérico	Se registrará lo que haya sido referido por el paciente afiliado a Famisanar Ltda, en el momento de la atención y reporte.	

12	Código de ocupación	Código de acuerdo a la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). En los casos en que no se tiene la información registrar (9999). En el caso que no aplique registrar (9998).	4	Número	Los códigos deben concordar de acuerdo a la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), que son los aceptados en la validación del archivo.
13	Código de nivel educativo	Registrar según como lo que haya reportado el usuario: 1- Preescolar 2- Básica Primaria 3- Básica Secundaria (Bachillerato Básico) 4- Media Académica o Clásica (Bachillerato Básico). 5- Media Técnica (Bachillerato técnico). 6- Normalista 7- Técnica Profesional 8- Tecnológica 9- Profesional 10- Especialización 11- Maestría 12- Doctorado 13- Ninguno	2	Número	Se registrara lo que haya sido referido por el paciente afiliado a Famisanar Ltda, en el momento de la última consulta o procedimiento, ya que puede tener actualizaciones en el tiempo. 13. Ninguno: analfabeta - sin dato o no aplica, no está estudiando.
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					
14	Gestación	0- No aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica (sexo: Masculino (M), menores de 10 años, tercera edad (mayores de 55 años)) 1- Si (cuando se presenta el diagnóstico de embarazo o relacionados). Validar que la variable 10 corresponda a F (femenino), Edades: 8 años a 54 años. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte.). 2- No (Mujer entre 10 y 55 años sin embarazo, cuando no se presenta el diagnóstico de embarazo) Sexo: F, Edades: 10 años a 55 años. (Verificar Sexo (ítem 10): F (Femenino) Edades: 10 años a 55 años. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte.).Mujer que ha terminado el embarazo, ha tenido el parto, cesárea, aborto. 21- Riesgo no evaluado (cuando no fue evaluado el riesgo en la atención de salud y se desconoce el estado de embarazo, 10 a 55 años)
15	Sífilis gestacional o congénito	0- No Aplica 1- Si es mujer con sífilis gestacional 2- Si recién nacido con sífilis congénita 3- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica: Masculino y femenino mayor a 6 meses de edad y/o femenino menor a 10 años o mayor a 55 años y/o femenino que en variable 14 (gestación) tenga la opción 2. Mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto 1- Si es mujer con sífilis gestacional (cuando el ítem 81(resultado de serología) registra 1 (positivo - reactivo), cuando se presenta el diagnóstico o cuando tiene el diagnóstico). Debe ser de sexo femenino, estar en el ítem 14 (gestación) como si (1), estar en edades de 10 años a 55 años. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte. COHERENCIA CODIGO CIE 10- RIPS, SIVIGILA 2- Si recién nacido con sífilis congénita. (Sexo masculino o femenino pero menor de 6 meses que presente el diagnóstico). COHERENCIA CODIGO CIE 10- SIVIGILA 3- No: (cuando no se presenta ninguno de estos diagnósticos) Debe ser de sexo femenino, estar en el ítem 14 (gestación) como si (1), estar en edades de 10 años a 55 años. O sexo masculino y femenino pero menor de 6 meses. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte.). 21- Riesgo no evaluado (mujer con Si (1) en el ítem 14 (gestación) cuando en la consulta de control prenatal, parto no se tomo laboratorio de serología, o que a pesar de encontrar positivo en el laboratorio de serología del embarazo o parto no se tomo laboratorio al menor nacido vivo, quiere decir que a la población objeto no se evaluó, o cuando no se tiene la información).
16	Hipertensión inducida por la gestación	0- No Aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica: Masculino, y Femenino Menor a 10 años o mayor a 55 años. y/o femenino que en variable 14 (gestación) tenga la opción 2. Mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte.). 1- Si. Debe ser ítem 10 (sexo), F (femenino), estar en el ítem 14 (gestación) como si (1), estar en edades de 10 años a 55 años. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha de corte del reporte. 2- No (Debe ser ítem 10 (sexo), F (femenino), estar en el ítem 14 (gestación) como si (1), estar en edades de 10 años a 55 años. 21- Riesgo no evaluado (Debe ser ítem 10 (sexo), F (femenino), estar en el ítem 14 (gestación) como si (1)), que no se haya evaluado este riesgo y/o que no haya toma de T.A., o cuando no se tiene la información.
17	Hipotiroidismo congénito	0- No Aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica (Femenino y masculino mayores de 36 meses de edad) 1- Si (Femenino y masculino menor de 36 meses de edad, con el diagnóstico de hipotiroidismo congénito por laboratorio TSH y T4 elevados) 2- No (Femenino y masculino menor de 36 meses de edad, que no presenta el diagnóstico de hipotiroidismo congénito). 21- Riesgo no evaluado (Femenino y masculino menores de 36 meses a quienes no se les realizó tamizaje de TSH en el nacimiento, o cuando no se tiene la información)

18	Sintomático respiratorio	1- Si 2- No 21-Riesgo no evaluado	2	Número	1- Si (Afiliado que haya sido evaluado y sea sintomático (tos por más de 15 días con expectoración (adultos), Tos por mayor de 20 días con expectoración (niños), entre otros) con criterios para toma muestra baciloscopia, cultivo, jugo gástrico) y el resultado haya sido positivo) 2- No (Afiliado que haya sido evaluado y no sea sintomático respiratorio ((tos por más de 15 días con expectoración (adultos), Tos por mayor de 20 días con expectoración (niños), entre otros)) 21- Riesgo no evaluado (Afiliado que no se haya preguntado los riesgos sintomáticos de TBC (tos por más de 15 días con expectoración (adultos), Tos por mayor de 20 días con expectoración (niños), entre otros, tal cual como lo exige la Resolución 412 de 2000 y la Circular 058 de 2009, Guía de TBC, o no se tiene información de indagar el riesgo)	
19	Tuberculosis Multidrogoresistente	0- No Aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica (afiliado que no tiene el diagnóstico de Tuberculosis) 1- Si (Afiliado con el diagnóstico de Tuberculosis que si es multidrogoresistente). Esto a raíz del seguimiento y la efectividad del tratamiento. Si el paciente deja de ser tuberculoso por ser paciente curado y/o terminado pasa el reporte siguiente a NO (0). 2- No (Afiliado con el diagnóstico de Tuberculosis que no es multidrogoresistente). Se utiliza en los siguientes casos: a. No tiene criterios para multidrogoresistencia. b. Se descartó multidrogoresistencia posterior a pruebas. c. Está en proceso de descartar multidrogoresistencia pero al corte del reporte aún no se tienen los resultados. 21- Riesgo no evaluado (Afiliado con Tuberculosis que no se realiza la verificación y calidad del tratamiento para su cura y/o terminación; cuando hay abandono del tratamiento y no se realiza el seguimiento y captación del afiliado, o no se tiene información de indagar el riesgo) ESTO DEBE CONCORDAR CON BASE DE SIVIGILA Y CUMPLIMIENTO A LA NOTIFICACIÓN AL SISTEMA Y SEGUIMIENTO.	
20	Lepra	1- Pausibacilar 2- Multibacilar 3- No Riesgo no evaluado 21-	2	Número	1- Pausibacilar (Afiliado con el diagnóstico de Lepra pausibacilar) 2- Multibacilar (Afiliado con el diagnóstico de lepra multibacilar) 3- No (Afiliado sin diagnóstico de lepra, o no es sintomático de piel asociado a lepra) 21- Riesgo no evaluado (Afiliado que en ninguna de las consultas se haya indagado la sintomatología de piel asociada a Lepra, tal cual como lo exige la resolución 412 de 2000, o no se tiene información de indagar el riesgo) ESTO DEBE CONCORDAR CON BASE DE SIVIGILA Y CUMPLIMIENTO A LA NOTIFICACION AL SISTEMA Y SEGUIMIENTO.	
21	Obesidad o desnutrición proteico calórica	1- Si es Obesidad 2- Si es desnutrición proteico calórica 3- No evaluado 21- Riesgo no evaluado	2	Número	Todo paciente debe tener el dato de de la variable peso y talla. 1- Si es Obesidad: Índice de masa corporal mayor 30, en mayores o igual de 18 años. Cuando se presenta el diagnostico niños, jóvenes y adultos. COHERENCIA CODIGO CIE 10 - RIPS. SISVAN 2- Si es desnutrición proteico calórica: Índice de masa corporal menor a 18, en mayores o igual a 18 años. Cuando se presenta el diagnostico en niños, jóvenes y adultos. COHERENCIA CÓDIGO CIE 10 - RIPS. SISVAN 3- No: No hay obesidad o desnutrición el índice de masa corporal está entre los 18 a 30, en mayores o igual a 18 años y no se presenta ninguno de los diagnósticos niños, jóvenes y adultos. 21- Riesgo no evaluado. Cuando para las variables peso y talla deben tener resultado 999. O cuando el IMC el resultado es para el diagnostico y no fue diagnosticado el afiliado, o cuando no fue evaluado el riesgo o no se conoce el dato. Para este ítem es obligatorio el registro de la variable peso y talla Calculo de índice de masa corporal peso / talla al cuadrado x 100 (en mayores o igual a 18 años)	

22	Victima de maltrato	0- No Aplica 1- Si es Mujer víctima del maltrato 2- Si es Menor víctima del maltrato 3- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica. Masculino mayor o igual a 19 años y 3 meses. mujer con signos de maltrato (cuando se presenta el diagnóstico). Debe ser de sexo femenino. Ítem 10 (Sexo) Femenino (F). 2- Si es menor con signos de maltrato (cuando se presenta el diagnóstico). Debe ser menor (igual a 19 años y 3 meses). Calculando entre la fecha de nacimiento Vs la fecha de atención. Ítem 10 (sexo) masculino (M) o femenino (F). 3- No (cuando no se presenta ninguno de estos diagnósticos de maltrato) 21- Riesgo no evaluado (cuando no fue evaluado el riesgo en la atención de salud y se desconoce el estado de maltrato, y es femenino a cualquier edad, o es masculino menor a 19 años y 3 meses, o no se conoce el dato) Debe ser coherente con el diagnóstico del CIE 10 (RIPS) y el reporte en SIVIM (El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual)	1- Si es
23	Victima de Violencia Sexual	1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	1- Si (cuando se presenta Violencia Sexual). Debe ser de sexo masculino y femenino. Ítem 10 (sexo) masculino (M) o femenino (F). 2- No (cuando no se presenta Violencia Sexual) 21- Riesgo no evaluado (cuando no fue evaluado el riesgo en la atención de salud y se desconoce el estado de Violencia Sexual, o no se conoce el dato). Debe coincidir el diagnóstico del CIE 10 (RIPS) y el reporte en SIVIM (El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual)	
24	Infecciones de transmisión Sexual	1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	1- Si (Cuando hay el diagnóstico o los resultados de laboratorio de Serología; VIH u otros que ayuden a verificar infecciones de transmisión sexual como positivo) Si en el ítem o variables 81, 79, 83, son positivos también deben tener el diagnóstico acorde al caso, a cualquier edad y sexo. 2- No (Cuando no tiene el diagnóstico o resultado de laboratorio de Serología; VIH u otros que ayuden a verificar infecciones de transmisión sexual como negativo, a cualquier edad y sexo) 21- Riesgo no evaluado (Afiliado que no se haya evaluado el riesgo en la atención en salud indiferentemente de la edad, con mayor concentración a quienes haya iniciado vida sexual activa, o no se tiene el dato). Las infecciones que deben ser tenidas en cuenta para esta variable son las que corresponden a los siguientes códigos CIE 10: A510; A511; A512; A513; A514; A515; A519; A528; A529; A530; A539; A540; A541; A546; A548; A549; A55X; A560; A561; A562; A563; A568; A57X; A58X; A590; A598; A599; A630; A638; A64X.	
25	Enfermedad Mental	1- Si el diagnóstico es Ansiedad 2- Si el diagnóstico es Depresión 3- Si el diagnóstico es esquizofrenia 4- Si el diagnóstico es Déficit de atención por Hiperactividad 5- Si el diagnóstico es consumo Sustancias Psicoactivas 6- Si el diagnóstico es Trastorno del Ánimo Bipolar 7- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	Si hay más de un diagnóstico registrar el principal. 1- Cuando se presenta el diagnóstico de Ansiedad (los CIE 10 incluidos van de F400 a F419) 2- cuando se presenta el diagnóstico de Depresión (los CIE 10 incluidos van de F330 a F339) 3- cuando se presenta el diagnóstico de Esquizofrenia (los CIE 10 incluidos van de F200 a F209) 4- cuando se presenta el diagnóstico de Déficit de Atención por Hiperactividad (los CIE 10 incluidos van de F900 a F909) 5- cuando se presenta el diagnóstico de Consumo de Sustancias Psicoactivas (los CIE 10 incluidos van de F100 a F199) 6- cuando se presenta el diagnóstico de Trastorno del Ánimo Bipolar (los CIE 10 incluidos van de F310 a F319) 7- Cuando no se presenta ninguno de los diagnósticos nombrados en el anexo de la Resolución o es diferente a los referenciados en la lista. 21- Cuando este riesgo no ha sido evaluado en la atención prestada, o no se tiene el dato de la evaluación del riesgo.	
26	Cáncer de cérvix	0- No aplica 1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Número	0- No aplica (Cuando es sexo Masculino, o cuando es menor de edad (10 años)). Sexo: Femenino 1- Si (Cuando se presenta el diagnóstico de cáncer de cérvix). Sexo: Femenino 2- No (cuando no se presenta el diagnóstico de cáncer de cérvix) Sexo: Femenino 21- Riesgo no evaluado (Cuando no se ha hecho la citología cervicouterino a partir de los 25 años o antes si ha iniciado vida sexual activa, o si ha tenido una citología positiva y no se ha realizado la biopsia, o no se tiene el dato de la evaluación del riesgo). Sexo: Femenino Coherencia con Código CIE 10 - RIPS, y cuenta de alto costo.	

27	Cáncer de seno	1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Numérico	1- Si (Sexo femenino y masculino, cuando se presenta el diagnóstico de cáncer de seno) 2- No (Sexo femenino y masculino, que no presenta diagnóstico de cáncer de seno) 21- Riesgo no evaluado (Cuando este riesgo no ha sido evaluado en la atención prestada, o no se tiene el dato de la evaluación del riesgo) Coherencia código CIE 10 - RIPS y cuanta de alto costo.
28	Fluorosis Dental	1- Si 2- No 21- Riesgo no evaluado	2	Numérico	1- Si (Cuando se presenta este diagnóstico o se identifica el riesgo, en cualquier edad) 2- No (Cuando no se presenta este diagnóstico o riesgo, en cualquier edad) 3- Riesgo no evaluado (Afiliados no evaluados o que no tiene piezas dentarias naturales, o no tiene piezas dentarias, o no se tiene la información al respecto de la identificación del riesgo)
ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL RIESGO					
29	Fecha del Peso	AAAA-MM-DD Si no se toma registrar 1800-01-01	10	Fecha	Debe responder a la estructura del documento. Se debe registrar la última fecha en que se tomo el peso en consulta con finalidad detección temprana y protección específica en cualquiera de los programas que lo incluya como parte de la atención
30	Peso en Kilogramos	Se registra el dato obtenido de la medición Si no se toma registrar 999	4	Decimal	Registrar el dato que se obtuvo de la medición del peso, en la fecha anotada en el ítem 29, en consulta con finalidad detección temprana y protección específica en cualquiera de los programas que lo incluya como parte de la atención. El peso registrado no debe ser menor a 0.2 o mayor a 250. Debe haber coherencia entre la fecha del peso y el peso registrado, y encontrarse registrado en la historia clínica. Registrar sin decimales.
31	Fecha de la Talla	AAAA-MM-DD Si no se toma registrar 1800-01-01	10	Fecha	Año, meses y días deben ser coherentes con la fecha de toma de la talla y tener precaución con el formato de la fecha, en consulta con finalidad PE y DT en cualquiera de los programas que lo incluya como parte de la atención. A excepción de la fecha 1800-01-01: Qué es cuando no se toma la talla. Cuando la variable o ítem 32 registre 999 la variable 31 corresponda a 1800-01-01.
32	Talla en centímetros	Se registra el dato obtenido de la medición Si no se toma registrar 999	3	Numérico	Registrar el dato que se obtuvo de la medición de la talla en la última fecha anotada (ítem 31: fecha de la talla) en el momento de la atención. Registrar sin decimales. La Talla registrada no debe ser menor a 30 o mayor a 225. Cuando en la variable o ítem 32 hay un registro de 999 la variable o ítem 31 corresponde a 1800-01-01. 999 (si no se encuentra registro de peso)
33	Fecha Probable de Parto	AAAA-MM-DD Si no tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (año, mes, día en el cual se calcula la fecha probable del parto (FPP). Validar que cuando la variable o ítem 33 registre 1 la variable o ítem 10 corresponda a F.) 1800-01-01 (si no hay registro de la fecha probable de parto calculada) 1845-01-01 (Hombres; mujeres u hombres menores de 10 años o mayores de 55 años, mujeres entre 10 y 55 años que registren 2 en el ítem 14). se utiliza al igual para: a. Sexo Masculino. b. Mujer no Gestante. (Opción 2 ítem 14). c. Mujer Gestante con pérdida del producto, antes de la semana 20 (aborto). d. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea. Registre un dato diferente a 1845-01-01 si la variable o ítem 14 corresponda a 1. Estar en edades de 10 años a 55 años. Para el cálculo de la edad se toma el ítem 9 y se resta de la fecha del presente ítem.
34	Edad gestacional al nacer	Se registra el dato de la edad gestacional en semanas Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	3	Numérico	Se registra el dato de la edad gestacional en semanas (hombre o mujer menores o igual a 6 años) Si no tiene el dato registrar 999 (no se encuentra el dato de las semanas de gestación que tenía la madre en el momento del parto o no se encuentra valor del ballard) Si no aplica registrar 0 (Mujeres u hombres mayores o igual a 6 años)

35	BCG	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica</p> <p>1- Una Dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual a 6 años 0 72 meses. Al no ser que tenga una condición especial que ameriten la vacuna.</p> <p>1- Una Dosis : Niños y niñas entre 0 y 18 meses.</p> <p>La opción 1 se utiliza al igual para:</p> <p>a. En todos los RN, incluyendo aquellos que por condiciones de prematuridad o BPN no se vacunan inmediatamente después del nacimiento.</p> <p>b. En el registro opcional de persona diferente a los menores recién nacidos que por condiciones especiales determinadas en los lineamientos del PAI que se cubren con los biológicos suministrados por el programa.</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud (Incluye enfermedad y hospitalización)</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados (demanda inducida no captado)</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin Dato para los usuarios que no se conoce si fue vacunado y es menor de 6 años o 72 meses.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
36	Hepatitis B menores de 1 año	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica</p> <p>1- Una Dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual a 72 meses o 6 años, por efecto de reporte.</p> <p>1- Una Dosis : Niños y niñas entre 0 - 28 días. En solo RN.</p> <p>Se podrán registrar de manera opcional aquellas vacunas que se aplican a población en condiciones especiales determinadas en los lineamientos del PAI que se cubren con los biológicos suministrados por el programa usando la opción 1.</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud (Incluye enfermedad y hospitalización)</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados (demanda inducida no captado)</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato para los usuarios que no se conoce si fue vacunado y es menor de 6 años 0 72 meses, por efecto de reporte.</p> <p>Si no tiene historico se debe colocar tres dosis con intervalo de 4 semana.</p> <p>Registrar las dosis de vacunas acelulares.</p> <p>La aplicación de las vacunas debe estar registrado en Historia Clínica.</p>	
37	Pentavalente	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica</p> <p>1- Una Dosis</p> <p>2- Dos Dosis</p> <p>3- Tres dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual de 6 año 0 72 meses, por efectos de reporte.</p> <p>1- Una Dosis: de los 45 días a 90 días, lo ideal.</p> <p>El número de identificación debe ser registro civil y/o número de identificación de la madre.</p> <p>2- Dos dosis. 120 días a 150 días, lo ideal.</p> <p>3- Tres dosis 180 a 365 días, lo ideal.</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una condición de salud.</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones.</p> <p>22- Sin dato: Que este dentro de los rangos de edad, y no se tenga el dato.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	<p>17- No se</p> <p>19- No se administra</p> <p>22- Sin dato: Que</p>

38	Polio	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una Dosis</p> <p>2- Dos Dosis</p> <p>3- Tres Dosis</p> <p>4- Cuatro Dosis</p> <p>5- Cinco dosis</p> <p>5- Sin dato</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: mayores o igual a 6 años o 72 meses, por efectos de reporte.</p> <p>1-Una Dosis: 45 días a 90 días, lo ideal. La información debe ser enviada con Registro civil del niño o cedula de la madre con un dígito demás de acuerdo al número de hijo, con tipo de identificación MS y que se encuentre en base de datos afiliación.</p> <p>2- Dos Dosis: 120 días a 150 días, lo ideal.</p> <p>3- Tres Dosis 180 días a 270 días, lo ideal.</p> <p>4. Cuatro dosis: 18 meses, lo ideal</p> <p>5. Cinco dosis 5 años, 11 meses y 29 días, lo ideal.</p> <p>Se debe incluir el registro de polio oral e inyectable.</p> <p>16- No se administra por una tradición</p> <p>17- No se administra por condiciones de salud</p> <p>18- No se administra por negación del usuario.</p> <p>19. No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados.</p> <p>20. No se administra por otras razones</p> <p>22. Sin dato.</p> <p>En caso de tener esquema de vacunación atrasado en niños y niñas mayores de 1 año debe ser cuatro dosis, con intervalo de cuatro semanas.</p> <p>En caso de que el niño tenga de 2 años a 5 años recibe dos dosis de polio con intervalo de 4 semanas.</p> <p>Registrar las dosis de vacunas acelulares.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
39	DPT menores de 5 años	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica</p> <p>4- Cuatro dosis</p> <p>5- Cinco dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual 6 años</p> <p>4. Cuatro dosis : 18 meses, lo ideal . Dosis de refuerzo.</p> <p>5. Cinco dosis : 5 años 11 meses 29 días, lo ideal, dosis de refuerzo.</p> <p>16- No se administra por una tradición</p> <p>17- No se administra por condiciones de salud</p> <p>18- No se administra por negación del usuario.</p> <p>19. No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados.</p> <p>20. No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato.</p> <p>Registrar las dosis de vacunas acelulares.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
40	Rotavirus	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica</p> <p>1- Una Dosis</p> <p>2- Dos dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica a mayores de 12 meses.</p> <p>1- Una Dosis Este dato solamente debe ser con el registro civil del usuario. El rango de aplicación de 6 a 14 semanas es decir de 45 días a 98 días, lo ideal.</p> <p>2- Dos dosis: De 98 días a 168 días, lo ideal.</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
41	Neumococo	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una Dosis</p> <p>2- Dos Dosis</p> <p>3- Tres dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual de 3 años.</p> <p>1- Una dosis en días son 45 días a 90 días, lo ideal.</p> <p>Se podrán registrar de manera opcional aquellas vacunas que se aplican a población en condiciones especiales determinadas en los lineamientos del PAI que se cubren con los biológicos suministrados por el programa usando la opción 1.</p> <p>2. Dos dosis de 120 a 150 días, lo ideal.</p> <p>3. Tres dosis de 365 días a 395 días, lo ideal.</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p> <p>El usuario debe contar con registro civil como documento de identificación. En esquemas atrasado cuando el niño tiene 7 meses a un año se deben colocar dos dosis con intervalo de 4 semanas y el refuerzo a los 15 meses de edad. cuando el niño tiene de un año a 23 meses se aplican dos dosis con intervalo de dos meses, y los niños de dos años a 3 años una dosis. Después de que el niño tenga 59 meses (5 años) no se debe colocar esta vacuna. Los niños inmunosuprimidos con VIH y enfermedades crónicas solamente reciben dos dosis.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	

42	Influenza Niños	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una Dosis 2- Dos Dosis 3- Tres dosis Anual 16- No se administra por una Tradición 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p>		2	<p>Numérico</p> <p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: No aplica para mayores 5 años 11 meses y 29 días 1- Una Dosis: Numero de Identificación debe ser el Registro Civil del menor. Se debe reportar de 6 meses a menor de 6 años, por efectos de reporte Se podrán registrar de manera opcional aquellas vacunas que se aplican a población en condiciones especiales determinadas en los lineamientos del PAI que se cubren con los biológicos suministrados por el programa usando la opción 1. 1- Dos Dosis: se debe colocar a la cuarta semana de la primera aplicación. 2- Tres dosis anual 16- No se administra por una Tradición 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato: Esta dentro del rango de edad y no hay dato de la dosis.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
43	Fiebre Amarilla niños de 1 año	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0-No aplica 1- Una dosis 16- No se administra por una Tradición 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p>		2	<p>Numérico</p> <p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: mayores o igual a 6 años o 72 meses, por efectos de reporte. 1- Una dosis: Debe colocarse de nueve meses de edad a 12 meses en zona endémica y 12 meses en otras zonas, lo ideal. Se podrán registrar de manera opcional aquellas vacunas que se aplican a población en condiciones especiales determinadas en los lineamientos del PAI que se cubren con los biológicos suministrados por el programa usando la opción 1. 16- No se administra por una tradición. 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
44	Hepatitis A	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una dosis 16- No se administra por una Tradición 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p>		2	<p>Numérico</p> <p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica Mayor o igual de 6 años o 72 meses, por efectos de reporte. 1- Una Dosis . Usuario debe tener Registro civil, la dosis de aplicación oscila entre un año de edad y 16 meses, lo ideal. 16- No se administra por una tradición. 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados (demanda inducida - no captado) 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p> <p>LA APLICACION DE VACUNACION DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
45	Triple Viral Niños	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica Una dosis 2- Dos dosis 16- No se administra por una Tradición 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p>	1-	2	<p>Numérico</p> <p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica: Mayores o igual a 6 años 0 72 meses. 1- Una Dosis: Se debe colocar el registro civil del menor. Aplicación con un rango de 12 meses a 16 meses, lo ideal. 2- Dos dosis: 5 años hasta 5 años 11 meses y 29 días. 16- No se administra por una tradición. 17- No se administra por una Condición de Salud 18- No se administra por Negación del usuario 19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados (demanda inducida - no capturado) 20- No se administra por otras razones 22- Sin dato</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	

46	Virus del Papiloma Humano (VPH)	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una dosis</p> <p>2- Dos dosis</p> <p>3- Tres dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica sexo masculino.</p> <p>1- Una dosis</p> <p>2- Dos dosis</p> <p>3- Tres dosis</p> <p>16- No se administra por una tradición.</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados. (demanda inducida - no captado)</p> <p>20- No se administra por otras razones.</p> <p>22- Sin dato</p> <p>Validar que cuando la variable 46 registre un dato diferente a 0 la variable 10 corresponda a F.</p> <p>Tener las cortes de aplicación de VPH, de acuerdo a lineamientos.</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
47	TD o TT Mujeres en Edad Fértil 15 a 49 años	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica 1- Una dosis</p> <p>2- Dos dosis</p> <p>3- Tres dosis</p> <p>4- Cuatro dosis</p> <p>5- Cinco dosis</p> <p>16- No se administra por una Tradición</p> <p>17- No se administra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>Registre el dato de la última dosis aplicada así:</p> <p>0- No aplica Mujeres menores de 10 años y Mayores a 50 años, Hombres</p> <p>1- Una dosis: Inicial</p> <p>2- Dos dosis: Al mes de la primera dosis</p> <p>3- Tres dosis: A los 6 meses de la segunda dosis</p> <p>4- Cuatro dosis: Al año de la tercera dosis.</p> <p>5- Cinco dosis: Al año de la cuarta dosis</p> <p>16- No se administra por una tradición</p> <p>17- No se administra por una condición de salud.</p> <p>18- No se administra por Negación del usuario</p> <p>19- No se administra por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se administra por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p> <p>LA APLICACIÓN DE VACUNACIÓN DEBE ESTAR REGISTRADO EN HCL.</p>	
48	Control de Placa Bacteriana	<p>0- No aplica 1- Si – 1ra vez en el año</p> <p>2- Si – 2da vez en el año 16- No se realiza por una Tradición</p> <p>17- No se realiza por una Condición de Salud</p> <p>18- No se realiza por Negación del usuario</p> <p>19- No se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados</p> <p>20- No se realiza por otras razones</p> <p>22- Sin dato</p>	2	Numérico	<p>0- No aplica: Menor de 2 años, personas endentadas.</p> <p>Control de placa aplica a partir de los 2 años:</p> <p>De acuerdo a normatividad de 2 a 19 años son dos veces por año.</p> <p>Mayor de 19 años una vez al año. En esta variable se tiene en cuenta año calendario.</p> <p>19- No se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados: Demanda inducida - no captura del usuario</p>	
49	Fecha atención parto o cesárea	<p>AAAA-MM-DD</p> <p>Si no tiene el dato registrar: 1800-01-01</p> <p>Si no aplica registrar: 1845-01-01</p>	10	Fecha	<p>AAAA-MM-DD (Año, mes, día en el cual se atendió el parto o la cesárea, deben ser mujeres que hayan estado en embarazo) Debe quitarse el ítem 14 en opción sí (1), a opción no, ya que no se encuentra en embarazo.</p> <p>1800-01-01 (No hay registro de la fecha de atención del parto o la cesárea)</p> <p>1845-01-01 (hombres en todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55)</p> <p>. Si el año (AAAA) es menor al 1900, a excepción del valor 1800 y 1845, que tenga 01 como mes y día.</p> <p>. Si el mes (MM) es mayor a 12 o es 00.</p> <p>. Si el día (DD) es 00 o si es mayor a 31.</p>	
50	Fecha salida de la atención del parto o la cesárea	<p>AAAA-MM-DD</p> <p>Si no tiene el dato registrar: 1800-01-01</p> <p>Si no aplica registrar: 1845-01-01</p>	10	Fecha	<p>AAAA-MM-DD (Año, mes, día en el cual se realizó el egreso hospitalario de la atención de parto, deben ser mujeres que registren fecha de atención de parto o cesárea en el ítem 49)</p> <p>1800-01-01 (no hay registro de la fecha de egreso hospitalario de la atención de parto o cesárea en mujer que registra fecha de atención de parto o cesárea en ítem 49)</p> <p>1845-01-01 (hombres en todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años)</p> <p>Si la fecha es previo al ítem 49 (Fecha atención del parto o Cesárea) : La Fecha invalida es anterior a la atención del parto o cesárea.</p>	

51	Fecha de consejería en lactancia materna	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	La consejería pudo aplicarse en el CPN, en el parto inmediato (antes de salir de la atención del parto) o en la atención del posparto. AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó consejería en lactancia materna, esta información debe estar soportada en historia clínica) Registrar la fecha en que se realiza la actividad sin importar si se realiza en el control prenatal, intraparto o en el posparto. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado la consejería en lactancia materna) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar la consejería en lactancia materna) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la materna que impidan la realización de la asesoría en lactancia materna) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la materna en recibir asesoría en lactancia materna) 1830-01-01 (si se trata de una materna que no asiste a la valoración médica ambulatoria de RN y posteriormente al intentar comunicación para realizar la consejería no se ubica a la usuaria por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó consejería en lactancia materna por razones diferentes a los numerales anteriores y hay registro de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (hombres en todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años)	
52	Control del recién nacido	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó control del recién nacido, esta fecha no debe exceder 30 días posteriores a esa fecha) Registrar el control que se debe realizar antes del 1er mes de nacido. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado control del recién nacido) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar el control del recién nacido) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del recién nacido que impidan la realización del control) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la madre del menor en asistir a control del recién nacido) 1830-01-01 (si se trata de un recién nacido que egresó de la institución de atención del parto o cesárea sin cita de control y posteriormente al intentar comunicación para asignar cita de control no se ubica a la madre del menor por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó control del recién nacido por razones diferentes a los numerales anteriores y hay registro de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (hombres y mujeres mayores de 30 días de edad) Validar que cuando la variable 52 registre un dato diferente a 1845-01-01 el cálculo de la edad* debe ser menor a 30 días.	
53	Planificación Familiar Primera vez	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó la primera vez de planificación familiar, por lo que debe ser único cambio, ya que es primera vez en la vida) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado primera vez de planificación familiar) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar la consulta de primera vez de planificación familiar) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del paciente que no permita la atención de primera vez en planificación familiar) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la paciente de no recibir la consulta de primera vez en planificación familiar) 1830-01-01 (paciente para demanda inducida - que no se capta para primera vez en planificación familiar) 1835-01-01 (no se realizó consulta de primera vez en planificación familiar por razones diferentes a los numerales anteriores y hay registro de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (hombres y mujeres menores a 10 años, y mujeres mayores a 60 años)	

54	Suministro de Método Anticonceptivo	<p>0- No aplica</p> <p>1- Dispositivo Intrauterino</p> <p>2- Dispositivo Intrauterino y Barrera</p> <p>3- Implante Subdérmico</p> <p>4- Implante Subdérmico y Barrera</p> <p>5- Oral</p> <p>6- Oral y Barrera</p> <p>7- Inyectable Mensual</p> <p>8- Inyectable Mensual y Barrera</p> <p>9- Inyectable Trimestral</p> <p>10- Inyectable Trimestral y Barrera</p> <p>11- Emergencia</p> <p>12- Emergencia y Barrera</p> <p>13- Esterilización</p> <p>14- Esterilización y Barrera</p> <p>15- Barrera</p> <p>16- No se suministra por una Tradición</p> <p>17- No se suministra por una Condición de Salud</p> <p>18- No se suministra por Negación de la usuaria</p> <p>20- No se suministra por otras razones</p> <p>21- Riesgo no evaluado</p>		2	<p>Número</p> <p>Registre el método que se entrega al usuario según la elección realizada.</p> <p>En el caso que el usuario ya tenga un método aplicado o en los casos que se tiene planificación definitiva, se registra la opción del método que actualmente se tiene así no se suministre en la intervención actual.</p> <p>Para el caso de las mujeres con histerectomía a las cuales no se suministra método registre la opción 17.</p> <p>No aplica: En mujeres y hombres menores a 10 años, y mujeres mayores a 60 años.</p>	
55	Fecha Suministro de Método Anticonceptivo	<p>AAAA-MM-DD</p> <p>Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01</p> <p>Si no aplica registrar 1845-01-01</p>		10	<p>Fecha</p> <p>Registrar la fecha en que se realiza la entrega efectiva del método.</p> <p>Para el caso de los métodos aplicados previamente y la planificación definitiva en que no se tenga la fecha exacta se puede registrar de la siguiente manera:</p> <p>a. Si solo se tiene el año se coloca el día 01 del mes 01 y el dato del año que se tiene.</p> <p>b. Si se tiene el mes y el año se coloca el día 01 del mes y el año que se tiene.</p> <p>c. Si no se tiene el dato se registra la opción 1800-01-01.</p> <p>No aplica: En el caso de no suministro de método de planificación en el ítem 54, o que tenga la opción no aplica.</p>	
56	Control prenatal de primera vez	<p>AAAA-MM-DD</p> <p>Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01</p> <p>Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01</p> <p>Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01</p> <p>Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01</p> <p>Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01</p> <p>Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01</p> <p>Si no aplica registrar 1845-01-01</p>		10	<p>Fecha</p> <p>AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó el primer control prenatal por médico en mujer que registra 1 en el ítem 14)</p> <p>1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado primer control prenatal por médico)</p> <p>1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar el primer control prenatal de mujer con registro 1 en el ítem 14)</p> <p>1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la realización del primer control prenatal)</p> <p>1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en asistir al primer control prenatal)</p> <p>1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 identificada en la IPS con quien se intenta comunicación para asignar cita de primer control prenatal pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos)</p> <p>1835-01-01 (no se realizó primer control prenatal por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos)</p> <p>1845-01-01 (hombres en todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 o de cualquier edad que registren 2 en el ítem 14). Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal en el mismo periodo.</p> <p>Validar que cuando la variable 56 registre un dato diferente a 1845-01-01 la variable 14 corresponda a 1.</p>	
57	Control prenatal	<p>Registre el número de controles que ha tenido en el último periodo de reporte durante la gestación actual</p> <p>Si no tiene dato registrar 999</p> <p>Si no aplica registrar 0</p>		3	<p>Número</p> <p>Se debe registrar el valor en número entero del total de controles prenatales por médico, enfermera o especialista que se hayan realizado a la mujer que registre 1 en el ítem 14 a la fecha del control o corte de reporte, en este valor no se incluirán consultas por psicología, nutrición, trabajo social, consulta para lectura de exámenes, consultas de urgencias o sesiones del curso de preparación para la maternidad o paternidad.</p> <p>Validar que cuando la variable 57 registre un dato diferente a 0 la variable 14 corresponda a 1.</p> <p>Cuando la variable 14 (gestación) registre 2 la variable 57 (control prenatal) debe registrar 0.</p> <p>No aplica: Para hombres, mujeres menores de 10 años y mayores de 55 años, y que no se encuentren en estado de embarazo. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesarea, aborto Variable 14 (gestacion) registre 2, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal</p>	

58	Último control prenatal	AAAA-MM-DD Si no tiene dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Se registra la fecha del último control dentro del corte para el que se genera la información a reportar. AAAA-MM-DD (Año, mes, día en el cual se realizó el último control prenatal en mujer que registre 1 en el ítem 14, esta fecha debe ser anterior a la fecha registrada en el ítem 49) 1800-01-01 no se encuentra fecha del último control prenatal realizado a mujer que registra 1 en el ítem 14 y que registra número de controles en el ítem 57 1845-01-01 Hombres de todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o mujeres con registro 2 en el ítem 14. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal	
59	Suministro de ácido fólico en el último control prenatal	0- No aplica 1- Si se suministra 16- No se suministra por una tradición 17- No se suministra por una condición de salud 18- No se suministra por negación de la usuaria 20- No se suministra por otras razones 21- Registro no evaluado	2	Número	Registrar la entrega efectiva según corresponda al dato del último control prenatal dentro del corte para el que se genera la información a reportar. Se debe registrar las siguientes variables: 0- No aplica: Hombres de todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o mujeres con registro 2 en el ítem 14. se utiliza en aquellas usuarias que no reciben el ácido fólico mediante la atención de control prenatal. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal 1- Si se suministra: Hay evidencia en los registros clínicos del suministro del medicamento. Se deberá incluir el registro de los multivitamínicos NO POS. 16- Si por razones étnicas, culturales, sociales o familiares no se suministra el medicamento y hay registro de ello en la HC 17- Si hay evidencia en los registros clínicos de alguna condición de salud de la usuaria que no permita el suministro de este medicamento 18- Si hay evidencia en los registros clínicos de la negación manifiesta por la usuaria para recibir el medicamento 20- No se suministra el medicamento por razones diferentes a las enunciadas en los numerales anteriores y hay registro clínicos de ello 21- Riesgo no evaluado: la IPS no tiene información.	
60	Suministro de sulfato ferroso en el último control prenatal	0- No aplica 1- Si se suministra 16- No se suministra por una tradición 17- No se suministra por una condición de salud 18- No se suministra por negación de la usuaria 20- No se suministra por otras razones 21- Registro no evaluado	2	Número	Registrar la entrega efectiva según corresponda al dato del último control prenatal dentro del corte para el que se genera la información a reportar. Se debe registrar las siguientes variables: 0- No aplica: Hombres de todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o mujeres con registro 2 en el ítem 14. se utiliza en aquellas usuarias que no reciben el ácido fólico mediante la atención de control prenatal. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal. 1- Si se suministra: Hay evidencia en los registros clínicos del suministro del medicamento. Se deberá incluir el registro de los multivitamínicos NO POS. 16- Si por razones étnicas, culturales, sociales o familiares no se suministra el medicamento y hay registro de ello en la HC 17- Si hay evidencia en los registros clínicos de alguna condición de salud de la usuaria que no permita el suministro de este medicamento 18- Si hay evidencia en los registros clínicos de la negación manifiesta por la usuaria para recibir el medicamento 20- No se suministra el medicamento por razones diferentes a las enunciadas en los numerales anteriores y hay registro clínicos de ello 21- Riesgo no evaluado: la IPS no tiene información.	
61	Suministro de carbonato de calcio en el último control prenatal	0- No aplica 1- Si se suministra 16- No se suministra por una tradición 17- No se suministra por una condición de salud 18- No se suministra por negación de la usuaria 20- No se suministra por otras razones 21- Registro no evaluado	2	Número	Registrar la entrega efectiva según corresponda al dato del último control prenatal dentro del corte para el que se genera la información a reportar. Se debe registrar las siguientes variables: 0- No aplica: Hombres de todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o mujeres con registro 2 en el ítem 14. se utiliza en aquellas usuarias que no reciben el ácido fólico mediante la atención de control prenatal. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal 1- Si se suministra: Hay evidencia en los registros clínicos del suministro del medicamento. Se deberá incluir el registro de los multivitamínicos NO POS. 16- Si por razones étnicas, culturales, sociales o familiares no se suministra el medicamento y hay registro de ello en la HC 17- Si hay evidencia en los registros clínicos de alguna condición de salud de la usuaria que no permita el suministro de este medicamento 18- Si hay evidencia en los registros clínicos de la negación manifiesta por la usuaria para recibir el medicamento 20- No se suministra el medicamento por razones diferentes a las enunciadas en los numerales anteriores y hay registro clínicos de ello 21- Riesgo no evaluado: la IPS no tiene información.	

62	Valoración de la Agudeza Visual	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Registrar la fecha de agudeza visual de las edades en las que se realiza de acuerdo a norma técnica son 4, 11, 16 y 45 años de edad. Al igual se tomara en cuenta las edades de norma técnica para promoción y prevención, pero pueden registrar todas las edades que se le realiza a la población general mayor a 4 años y menor a 45 años. No aplica: Para edades fuera de la norma técnica, por lo que se puede registrar las de fuera de norma pero estas no son validas para evaluar indicadores. Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: Se refiere a población a demanda inducida, no captada.	
63	Consulta por Oftalmología	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Registrar la fecha oftalmología en las edades en las que se realiza de acuerdo a norma técnica mayores a 55 años de edad y luego cada quinquenio y en pacientes crónicos (HTA y DM) a partir de los 18 años. Al igual se tomará en cuenta las edades de norma técnica para detección temprana, pero pueden registrar todas las edades que se le realiza a los pacientes crónicos (HTA y DM) a partir de los 18 años. No aplica: Para edades fuera de la norma técnica de detección temprana, o paciente mayores a 18 años que no tengan diagnóstico de HTA y DM, enfermedades crónicas no transmisibles. Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: Se refiere a población a demanda inducida, no captada. Los diagnósticos deben coincidir en registro de Historia clínica y RIPS.	
64	Fecha Diagnóstico Desnutrición Proteico Calórica	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Registrar la fecha en que se diagnóstico la Desnutrición proteico calórica en cualquier ciclo vital. Es importante aclarar que estos diagnósticos deben encontrarse en historia clínica y RIPS. No aplica: usuario que no tiene diagnostico de desnutrición proteico calórico. Es relevante tener en cuenta el IMC y o desviación estándar.	
65	Consulta Mujer o Menor Víctima del Maltrato	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	La fecha debe contener el formato de fecha según valor permitido año-mes-día de acuerdo a los valores permitidos, en cualquier ciclo vital se puede realizar consulta a la Mujer o Menor víctima de Maltrato (infancia, joven, adulto) en los menores de 18 años siempre debe ser con autorización del tutor del menor, consulta que son remitidas por urgencias por este riesgo. Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01 En los siguientes casos, pérdida o desconocimiento de la fecha de la valoración. Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01: Religiosos, cultural y social no autorización del tutor del menor. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: demanda inducida y no captado usuario. Si no se registra por otras razones 1835-01-01: Olvido, daño en el sistema etc. Si no aplica registrar 1845-01-01: si no es una consulta por víctima de maltrato, y en hombres mayores a 18 años. Validar que cuando la variable 65 registre un valor diferente a 1845-01-01 la variable 22 corresponda a 1 o 2. Los registros de HCL y RIPS deben ser coincidentes.	

66	Consulta Víctimas de Violencia Sexual	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Registre en el formato AAAA-MM-DD la fecha en que se hace la última consulta a la persona que se encuentra en condición de víctima de violencia sexual y consulta por este motivo, o que son remitidas por urgencias por este riesgo. Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01, Si no se realiza por tener una tradición que se lo impide registrar 1805-01-01, Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01, Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01, Si no se realiza por tener los datos de contacto no actualizados y no se logra su localización registrar 1830-01-01: paciente para demandada inducida-no captada Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01. (Si la variable23 se registra diferente a 1 esta variable debe diligenciarse con 1845-01-01). Esta se puede captar en Urgencias, consulta externa y hospitalización. Importante el registro de la HCL y RIPS.	
67	Consulta de Nutrición	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD. Consulta registrada en Historia clínica y RIPS, incluyendo la población en cualquier ciclo vital. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado consulta de nutrición) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar consulta de nutrición en cualquier ciclo vital) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud en cualquier ciclo vital que impidan la realización de consulta de nutrición) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa en asistir a consulta de nutrición) 1830-01-01 (si se realiza demanda inducida o retoma y no se capta) 1835-01-01 (no se realizó consulta de nutrición por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01. No aplica: No se utiliza Este ítem se utiliza en cualquier ciclo vital, debe estar soportado en Historia clínica y RIPS.	
68	Consulta de Psicología	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD. Consulta registrada en Historia clínica y RIPS, incluyendo la población en cualquier ciclo vital. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado consulta de psicología) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar consulta de psicología en cualquier ciclo vital) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud en cualquier ciclo vital que impidan la realización de consulta de psicología) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa en asistir a consulta de psicología) 1830-01-01 (si se realiza demanda inducida o retoma y no se capta) 1835-01-01 (no se realizó consulta de psicología por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01. No aplica: No se utiliza Este ítem se utiliza en cualquier ciclo vital, debe estar soportado en Historia clínica y RIPS.	
69	Consulta de Crecimiento y Desarrollo Primera vez	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez en niños menores de 10 años) Si no se realiza por tener datos de contacto 1830-01-01 : Demanda inducida o retoma y no se capta Si no aplica registrar 1845-01-01 : Mayor o igual a 10 años. Si el niño no tiene número de documento es el número de documento de la madre con un número de más de acuerdo al número de hijos, y que sea tipo de documento MS, y se encuentre en la base única de afiliados. El registro debe estar soportado por historia clínica y RIPS.	

70	Suministro de Sulfato Ferroso en la Última Consulta del Menor de 10 años	0- No aplica. 1- Si se suministra 16- No se suministra por una Tradición 17- No se suministra por una Condición de Salud 18- No se suministra por Negación del usuario 20- No se suministra por otras razones 21- Registro no Evaluado	2	Númerica	Suplementación con hierro de acuerdo a AIEPI en cualquier consulta. 0-No aplica: En mayores de 10 años. 21-Registro no evaluado: Que se desconoce la entrega o el porqué no se suministro o formulo. El suministro de la formulación del medicamento puede salir de cualquier consulta no tiene que ser explicita de PEP, ya que AIEPI se aplica en cualquier ámbito de consulta externa. Registrar la entrega efectiva derivada de cualquier atención al menor según corresponda al dato dentro del corte para el que se genera la información a reportar. Debe estar soportado por HCL, Farmacia y RIPS.
71	Suministro de Vitamina A en la Última Consulta del Menor de 10 años	0- No aplica. 1- Si se suministra 16- No se suministra por una Tradición 17- No se suministra por una Condición de Salud 18- No se suministra por Negación del usuario 20- No se suministra por otras razones 21- Registro no Evaluado	2	Númerico	Suplementación con hierro de acuerdo a AIEPI en cualquier consulta. 0- No aplica: En mayores de 10 años. 21- Registro no evaluado: Que se desconoce la entrega o el porqué no se suministro o formulo. El suministro de la formulación del medicamento puede salir de cualquier consulta no tiene que ser explicita de PEP, ya que AIEPI se aplica en cualquier ámbito de consulta externa. Registrar la entrega efectiva derivada de cualquier atención al menor según corresponda al dato dentro del corte para el que se genera la información a reportar. Debe estar soportado por HCL, Farmacia y RIPS.
72	Consulta de Joven Primera vez	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Consulta de atención del joven de primera vez, en edades de 10 años a 29 años) Si no se realiza por tener datos de contacto 1830-01-01 : Demanda inducida o retoma y no se capta Si no aplica registrar 1845-01-01 : Menor a 10 años y mayor a 29 años. El registro debe estar soportado por HCL y RIPS.
73	Consulta de adulto primera vez	AAAA-MM-DD Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01. Si no se realiza por una tradicion registrar 1805-01-01. Si no se realiza por condicion de salud registrar 1810-01-01. Si no se realiza por negacion del usuario registrar 1825-01-01. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01. Si no se registra por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Consulta de atención del adulto mayor de primera vez, en edades exactas de (45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, etc....) años por quinquenio) Si no se realiza por tener datos de contacto 1830-01-01 : Demanda inducida o retoma y no se capta Si no aplica registrar 1845-01-01 : En edades exactas fuera de 45 (50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, etc....) años por quinquenio El registro debe estar soportado por HCL y RIPS. La edad se debe calcular fecha de nacimiento Vs La fecha de consulta. Solo aceptara una sola consulta de adulto una vez cada cinco años por quinquenio (50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, etc....) .
74	Preservativos entregados a pacientes con ITS	Registre el número de Preservativos entregados durante el periodo de reporte. Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0 Si no se entrega por una Tradición registrar 997 Si no se entrega por una Condición de Salud registrar 996 Si no se entrega por Negación del usuario registrar 995 Si no se entrega por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 994 Si no se entrega por otras razones registrar 993	3	Númerico	Aplica para las personas con diagnóstico de ITS y VIH/SIDA, el número de preservativos total efectivamente entregado dentro del periodo de corte a reportar. La variable 74 registre un valor diferente a 0 la variable 24 corresponda a 1, que tenga alguna enfermedad de ITS (infecciones de transmisión sexual). Si no se entrega por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 994: paciente para retoma y no se capta. No aplica: En pacientes que no tengan infecciones de transmisión sexual, en pacientes menores de 10 años, que no han iniciado vida sexual activa.

75	Asesoría pre test Elisa para VIH	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó la asesoría pre test Elisa para VIH, en población general, con una consulta, por personal capacitado con el tiempo de duración de la consulta y debe encontrarse registrado en HCL y RIPS (consulta)) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado asesoría pre test) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar asesoría pre test) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la realización de la asesoría pre test) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en recibir asesoría pre test) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 (gestación) o que tenga criterios con quien se intenta comunicación para asignar cita de asesoría pre test pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó asesoría pretexto por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (Paciente que no tengan el criterio para la toma de Elisa para VIH) La asesoría de se debe realizar según riesgo del paciente y a todo paciente que la solicite la cual se debe realizar cada 6 meses según riesgo máximo dos veces año. Aplica para cualquier ciclo vital se puede realizar asesoría pre test (infancia, joven, adulto) en los menores de 18 años siempre debe ser con autorización del tutor del menor. Todo registro debe estar soportado por HCL y RIPS, coincidir con alto costo y circular 058 de 2009 (TBC Y LEPRÁ).	
----	----------------------------------	---	----	-------	---	--

76	Asesoría pos test Elisa para VIH	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó la asesoría pre test Elisa para VIH, en población general, con una consulta, por personal capacitado con el tiempo de duración de la consulta y debe encontrarse registrado en HCL y RIPS (consulta)) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado asesoría pos test) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar asesoría pos test) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la realización de la asesoría pos test) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en recibir asesoría pos test) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 (gestación) o que tenga criterios con quien se intenta comunicación para asignar cita de asesoría pos test pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó asesoría pretest por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (Paciente que no tengan el criterio para la toma de elisa para VIH) La asesoría de se debe realizar según riesgo del paciente y a todo paciente que la solicite la cual se debe realizar cada 6 meses según riesgo máximo dos veces año. Aplica para cualquier ciclo vital se puede realizar asesoría pre test (infancia, joven, adulto) en los menores de 18 años siempre debe ser con autorización del tutor del menor. Todo registro debe estar soportado por HCL y RIPS, coincidir con alto costo y circular 058 de 2009 (TBC Y LEPRO).	
77	Paciente con Diagnóstico de: Ansiedad, Depresión, Esquizofrenia, déficit de atención, consumo SPA y Bipolaridad recibió Atención en los últimos 6 meses por Equipo Interdisciplinario Completo	0- No aplica. 1- En proceso de atención. 2- Si recibí atención por equipo interdisciplinario completo. 16- No recibí atención por tener una tradición que se lo impide 17- No recibí atención por una condición de salud 18- No recibí atención por negación del usuario 19- No recibí atención porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados 20- No recibí atención por otras razones 22- Sin dato	1	Numérico	Paciente con Diagnóstico en Salud Mental recibió Atención en los últimos 6 meses por Equipo Interdisciplinario Completo (PSIQUIATRA, PSICOLOGO, ENFERMERIA Y TRABAJO SOCIAL) POLITICA DE SALUD MENTAL. Registre según corresponda el caso: 0- cuando no aplica. Usar la opción 0 cuando: a. No tiene un diagnóstico de enfermedad mental. b. Se tenga diagnóstico de enfermedad mental pero no se encuentra en el listado de diagnósticos priorizados para su seguimiento. c. Cuando en la variable 25 aparezca la opción 21 (riesgo no evaluado) 1- Cuando el paciente se encuentra siendo atendido por el equipo interdisciplinario, pero aun no ha acabado su tratamiento. "Se incluye desde que el paciente inicia la valoración inicial inclusión en el programa". 16- Cuando el paciente con diagnóstico en salud mental no recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario por tener una tradición que se lo impide, 17- cuando el paciente con diagnóstico en salud mental no recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario por una condición de salud, 18- cuando el paciente con diagnóstico en salud mental no recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario por negación del usuario, 19- cuando el paciente con diagnóstico en salud mental no recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario porque los datos de contacto del usuario no están actualizados, 20- cuando el paciente con diagnóstico en salud mental no recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario por otras razones, 5- cuando el paciente con diagnóstico en salud mental sí recibe atención en los últimos 6 meses por todos los integrantes del equipo interdisciplinario, 22- cuando no se tiene el dato NOTA: Para esta variable se hacen las siguientes aclaraciones: – Los diagnósticos en salud mental que se deben tener en cuenta son: trastornos de ansiedad F40a F419, trastorno depresivo mayor F330 a F339, esquizofrenia F200 a F209, déficit de atención por hiperactividad F900-F909, trastorno por consumo de SPA F100 a F199 y trastorno del ánimo bipolar F310 a F319. – El equipo interdisciplinario está conformado por: Psiquiatría, Psicología, Trabajo social y Enfermería. La variable 77 registre un dato diferente a 7 la variable 25 debe tener alguna enfermedad mental seleccionada-	
78	Fecha antígeno de superficie Hepatitis B en gestantes	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma del antígeno de superficie Hepatitis B en mujer que registra 1 en el ítem 14) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma del antígeno de superficie Hepatitis B) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma del antígeno de superficie Hepatitis B de mujer con registro 1 en el ítem 14) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la toma del antígeno de superficie Hepatitis B) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en toma del antígeno de superficie Hepatitis B) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 con quien se intenta comunicación para toma del antígeno de superficie Hepatitis B pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó toma del antígeno de superficie Hepatitis B por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (mujeres en todas las edades, mujeres menores de 11 años o mayores de 54 o de cualquier edad que registren 2 en el ítem 14). Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal Validar que cuando la variable 78 registre un dato diferente a 1845-01-01 la variable 10 (SEXO) corresponda a F (FEMENINO). Validar que cuando la variable 78 registre un dato diferente a 1845-01-01 la variable 14 corresponda a 1.	

79	Resultado de antígeno de superficie Hepatitis B en gestantes	0- No aplica 1- Negativo 2- Positivo 22- Sin dato		2	Número	0- Hombres de cualquier edad, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o mujeres que registren 2 en el ítem 14 (gestación). Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesárea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal. 1- Si el valor del antígeno de superficie para Hepatitis B es negativo en mujer con registro 1 en el ítem 14 y fecha de toma del examen en ítem 78 2- Si el valor del antígeno de superficie para Hepatitis B es positivo en mujer con registro 1 en el ítem 14 y fecha de toma del examen en ítem 78 22- Si no hay registro del resultado del antígeno de superficie para Hepatitis B en mujer con registro 1 del ítem 14 que registre fecha de toma en el ítem 78	
80	Fecha de serología para sífilis	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01		10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de la serología en mujer que registra 1 en el ítem 14 (gestación), y cualquier ciclo vital con énfasis gestación y jóvenes con criterios de acuerdo a norma técnica, enfocado en detección temprana, protección específica y guías de atención) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de la serología) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma de la serología de mujer con registro 1 en el ítem 14, o jóvenes con criterios) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la toma de la serología) 1825-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en toma de la serología) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14, o jóvenes con criterio con quien se intenta comunicación para toma de la serología pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó toma de la serología por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (población que no tenga los criterios) El registro debe soportarse con laboratorio, HCL, alto costo, RIPS y cohorte.	
81	Resultado de serología para sífilis	0- No aplica 1- No reactiva 2- Reactiva 22- Sin dato		2	Número	0- Población sin criterios para la toma de serológica o que no se haya tomado. 1- Si el valor de la serología (VDRL) es negativo y con la fecha de toma del examen en ítem 80. 2- Si el valor de la serología (VDRL) es positivo y con la fecha de toma del examen en ítem 80. 22- Si no hay registro del resultado de la serología (VDRL) en población con criterios, que registre fecha de toma en el ítem 80, falta de resultado. El registro debe soportarse con laboratorio, HCL, alto costo, RIPS y cohorte.	
82	Fecha de toma de elisa para VIH	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01		10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de Elisa para VIH, para población general en cualquier ciclo vital) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de Elisa para VIH) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma de Elisa para VIH) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del afiliado que impidan la toma de Elisa para VIH) 1825-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de toma de Elisa para VIH) 1830-01-01 (población con criterios, que a la demanda inducida o retoma no se capta) 1835-01-01 (no se realizó toma de Elisa para VIH por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (población que no se solicita el laboratorio de Elisa para VIH, y que no tiene criterios) Las Ips deben reportar todos los pacientes a los cuales se les realizó asesoría pre test para Elisa para VIH. Teniendo en cuenta las siguientes pautas. Para la toma de Elisa para VIH es necesario tener la fecha asesoría pos test para VIH. Para diligenciar variable toma de Elisa para VIH se debe tener asesoría pre test. En cualquier ciclo vital se puede realizar toma de Elisa para VIH (infancia, joven, adulto) en los menores de 18 años siempre debe ser con autorización del tutor del menor. No se aceptara más de dos tomas de Elisa para VIH en un periodo de un año. Para el registro debe tener fecha de Elisa para VIH cuando se reportara que se realiza asesoría pre test para VIH.	
83	Resultado elisa para VIH	0- No aplica 1- Negativo 2- Positivo 22- Sin dato		2	Número	0- No aplica: Cuando no hay de toma de VIH. 1- Todo paciente con resultado negativo debe tener fecha asesoría pre y post test y fecha de toma de Elisa. 2- Todo paciente con resultado positivo debe tener fecha asesoría pre y post test y fecha de toma de Elisa. 22- Se realizó la asesoría pre test y post test pero no se toma Elisa para VIH, o no hay el dato. Para el registro del resultado de Elisa para VIH en los numerales 0 - 1 - 2 es obligatorio tener la fecha asesoría pre test pos test y fecha de toma de Elisa para VIH. No se aceptara más de dos resultados de Elisa para VIH en un periodo de un año. El resultado debe coincidente a la fecha del ítem 82, por lo que debe ser previa al resultado.	

84	Fecha TSH neonatal	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma de TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del neonato que impidan la toma de TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la madre en toma TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad) 1830-01-01 (si se trata de un hombre o mujer menor de 2 días de edad con cuya madre o cuidador se intenta comunicación para toma de TSH pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó toma TSH en mujer u hombre menor de 2 días de edad por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (hombres y mujeres mayores de 2 días de edad). En el caso de los nacidos durante el trimestre reportado, solo se incluirían en el reporte del MSPS los recién nacidos hasta los 30 días (es decir los correspondientes al último mes del trimestre reportado) Para los otros niños de 2 y 3 meses de edad El registro debe estar soportado en Historia Clínica y RIPS.	
85	Resultado TSH neonatal	0- No aplica 1- Normal 2- Anormal 22- Sin dato	2	Numérico	0-Hombres y mujeres mayores de 2 días, o que no registren fecha de toma del examen en ítem 84 debe ser este el dato de registro 1- Si el valor del TSH es normal en hombre o mujer menor de 2 días y fecha de toma del examen en ítem 84 debe ser este el dato de registro 2- si el valor del TSH es anormal en hombre o mujer menor de 2 días y fecha de toma del examen en ítem 84 debe ser este el dato de registro 22- Si no hay registro del resultado del TSH en hombre o mujer menor de 2 días y fecha de toma del examen en ítem 84 debe ser este el dato de registro	
86	Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino	0- No aplica 1- Citología cervico uterina 2- ADN – VPH 3- Técnica de Inspección Visual 16- No se realiza por una Tradición 17- No se realiza por una Condición de Salud 18- No se realiza por Negación de la usuaria 19- No se realiza por tener datos de contacto de la usuaria no actualizados 20- No se realiza por otras razones 22- Sin dato	1	Numérico	0- No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU. Debe registrarse las mujeres tamizadas a partir de la edad de inicio de vida sexual activa, teniendo en cuenta que por norma mujeres de 25 años que no haya iniciado vida sexual activa se inicio la toma como parte de la detección temprana, sin limite de edad máxima. También incluye las mujeres gestantes que se haya tomado la citología cervicouterino como parte de la norma tecnica de control prenatal. Se puede registrar todas las citologías tomadas, es importante tener en cuenta que para los indicadores de detección temprana se tomara de acuerdo a la frecuencia de acuerdo a la norma técnica como parte de la detección temprana 1-1-3, ya que las de control no son parte de pyp, es morbilidad y la frecuencia es una año de acuerdo a esquema 1-1-3. Pero en cuanto a las demás son relevantes para el seguimiento de la guía de cancer de cuello uterino. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.	
87	Citología Cervico uterina	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Debe registrarse las mujeres tamizadas a partir de la edad de inicio de vida sexual activa, teniendo en cuenta que por norma mujeres de 25 años que no haya iniciado vida sexual activa se inicio la toma como parte de la detección temprana, sin limite de edad máxima. También incluye las mujeres gestantes que se haya tomado la citología cervicouterino como parte de la norma técnica de control prenatal. Se puede registrar todas las citologías tomadas, es importante tener en cuenta que para los indicadores de detección temprana se tomara de acuerdo a la frecuencia de acuerdo a la norma técnica como parte de la detección temprana 1-1-3, ya que las de control no son parte de pyp, es morbilidad y la frecuencia es una año de acuerdo a esquema 1-1-3. Pero en cuanto a las demás son relevantes para el seguimiento de la guía de cáncer de cuello uterino. No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, coincidente con cohortes.	

88	Citología Cervico uterina Resultados según Bethesda	<p>Escamosas:</p> <p>1- ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado)</p> <p>2- ASC-H (células escamosas atípicas, de significado indeterminado sugestivo de LEI de alto grado)</p> <p>3- Lesión intraepitelial escamosa (LEI) de bajo grado - HPV (NIC I) (LEI BGI).</p> <p>4- Lesión intraepitelial escamosa (LEI) de alto grado (NIC II-III CA INSTU) (LEI AG).</p> <p>5- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado sospechosa de infiltración.</p> <p>6- Carcinoma de células escamosas (escamocelulares).</p> <p>Glandulares:</p> <p>7- Células endocervicales atípicas sin ningún otro significado.</p> <p>8- Células endometriales atípicas sin ningún otro significado.</p> <p>9- Células glandulares atípicas sin ningún otro significado.</p> <p>10. Células endocervicales atípicas sospechosas de neoplasia.</p> <p>11- Células endometriales atípicas sospechosas de neoplasia.</p> <p>12. Células glandulares atípicas sospechosas de neoplasia.</p> <p>13. Adenocarcinoma endocervical in situ.</p> <p>14. Adenocarcinoma endocervical.</p> <p>15. Adenocarcinoma endometrial.</p> <p>16. Otras neoplasias.</p> <p>17. Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia.</p> <p>18- Inadecuada para lectura.</p> <p>Si no tiene el dato registrar 999</p> <p>Si no aplica registrar 0</p>	3	Numérico	<p>La información debe ser acorde a la fecha del ítem 87, esta información debe estar soportado en HCL, de acuerdo a resultado y con formato Bethesda.</p> <p>En el caso en que el reporte de la citología determine una lesión de células escamosas y otra de células glandulares, se deberá realizar el reporte con el dato del tipo de lesión glandular.</p> <p>No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU.</p> <p>Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.</p>	
89	Calidad en la Muestra de Citología Cervicouterina	<p>1. Satisfactoria Zona de Transformación Presente.</p> <p>2. Satisfactoria Zona de Transformación Ausente</p> <p>3- Insatisfactoria</p> <p>4- Rechazada</p> <p>Si no tiene el dato registrar 999</p> <p>Si no aplica registrar 0</p>	3	Numérico	<p>La información debe ser acorde a la fecha del ítem 87, esta información debe estar soportado en HCL, de acuerdo a resultado y con formato Bethesda.</p> <p>No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU.</p> <p>Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.</p>	
90	Código de habilitación IPS donde se toma Citología Cervicouterina	<p>Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).</p> <p>Si no tiene el dato registrar 999</p> <p>Si no aplica registrar 0</p>	12	Numérico	<p>Se debe registrar el código de habilitación de la IPS donde se tomo la muestra de la CCU.</p> <p>No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU.</p> <p>Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.</p>	
91	Fecha Colposcopia	<p>AAAA-MM-DD</p> <p>Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01</p> <p>Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01</p> <p>Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01</p> <p>Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01</p> <p>Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01</p> <p>Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01</p> <p>Si no aplica registrar 1845-01-01</p>	10	Fecha	<p>Esta paciente debe haber tenido una citología previa y por ende el diligenciamiento de las variables del 86 a 89, y que se encuentre alterada o anormal la toma de la citología.</p> <p>No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU o colposcopia, o que el resultado de la citología sea normal.</p> <p>Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.</p>	
92	Código de habilitación IPS donde se toma Colposcopia	<p>Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).</p> <p>Si no tiene el dato registrar 999</p> <p>Si no aplica registrar 0</p>	12	Numérico	<p>Se debe registrar el código de habilitación de la IPS donde se tomo la muestra de la Colposcopia.</p> <p>No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU, o que el resultado de la citología sea normal.</p> <p>Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, consistente con cohortes.</p>	

93	Fecha Biopsia Cervical	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Esta paciente debe haber tenido una citología previa y por ende el diligenciamiento de las variables del 86 a 89 (citologías) o variables (90 y 91), y que se encuentre alterada o anormal la toma de la citología. No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU o colposcopia, o que el resultado de la citología sea normal. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
94	Resultado de Biopsia Cervical	1- Negativo para Neoplasia 2- Infección por VPH 3- NIC de Bajo Grado - NIC I 4- NIC de Alto Grado: NIC II - NIC III 5- Neoplasia Microinfiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma 6- Neoplasia Infiltrante: Escamocelular o Adenocarcinoma Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	3	Número	La información debe ser acorde a la fecha del ítem 93, esta información debe estar soportado en HCL, de acuerdo a resultado. No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la CCU o colposcopia y la biopsia, o que el resultado de la citología sea normal. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
95	Código de habilitación IPS donde se toma Biopsia Cervical	Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	12	Número	Se debe registrar el código de habilitación de la IPS donde se tomo la muestra de la biopsia cervical. No aplica: Hombres, mujeres menores de 10 años que no hayan iniciado vida sexual activa, o que no tenga los criterios para la toma, o que no se haya tomado la biopsia, o que el resultado de la citología sea normal Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
96	Fecha Mamografía	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	La fecha de la toma de la mamografía de acuerdo a norma técnica de detección temprana de mama, en mujeres mayores a 50 años, con frecuencia de cada 2 años. Si hay antecedentes de cáncer de mama y tiene más de 35 años registrarla, pero no ingresa dentro de los indicadores de la norma técnica de PEP. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
97	Resultado Mamografía	Clasificación BIRADS Registre: 1- BIRADS 0: Necesidad de Nuevo Estudio Imagenológico o Mamograma previo para evaluación 2- BIRADS 1: Negativo 3- BIRADS 2: Hallazgos Benignos 4- BIRADS 3: Probablemente Benigno 5- BIRADS 4: Anormalidad Sospechosa 6- BIRADS 5: Altamente Sospechosa de Malignidad 7- BIRADS 6: Malignidad por Biopsia conocida Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	3	Número	El resultado debe ser acorde a la fecha de la toma de la mamografía de acuerdo a norma técnica de detección temprana de mama, en mujeres mayores a 50 años, con frecuencia de cada 2 años. Si hay antecedentes de cáncer de mama y tiene más de 35 años registrarla, pero no ingresa dentro de los indicadores de la norma técnica de PEP. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma o que no se haya tomado la mamografía. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
98	Código de habilitación IPS donde se toma Mamografía	Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	12	Número	Se debe registrar el código de habilitación de la IPS donde se tomo la mamografía. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma o que no se haya tomado la mamografía. Los registros deben estar soportados por RIPS, considente con cohortes.	

99	Fecha Toma Biopsia Seno por BACAF	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	La toma de biopsia de mama debe ser acorde a la fecha a la toma y resultado de la mamografía de acuerdo a norma técnica de detección temprana de mama, en mujeres mayores a 50 años, con frecuencia de cada 2 años. Si hay antecedentes de cáncer de mama y tiene más de 35 años registrarla, pero no ingresa dentro de los indicadores de la norma técnica de PEP. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma resultado alterado en la mamografía o que no se haya tomado la mamografía, o que el resultado de la mamografía sea normal. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
100	Fecha Resultado Biopsia Seno por BACAF	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	El resultado debe ser acorde a la fecha de la toma de la biopsia de mama de acuerdo a norma técnica de detección temprana de mama, en mujeres mayores a 50 años, con frecuencia de cada 2 años. Si hay antecedentes de cáncer de mama y tiene más de 35 años registrarla, pero no ingresa dentro de los indicadores de la norma técnica de PEP. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma o que no se haya tomado la mamografía o la biopsia de mama, o que el resultado de la mamografía sea normal. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
101	Biopsia Seno por BACAF	Registre: 1- Benigna 2- Atípica (Indeterminada) 3- Malignidad Sospechosa/Probable 4- Maligna 5- No Satisfactoria Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	3	Numérico	El resultado debe ser acorde a la fecha de la toma de la biopsia de mama de acuerdo a norma técnica de detección temprana de mama, en mujeres mayores a 50 años, con frecuencia de cada 2 años. Si hay antecedentes de cáncer de mama y tiene más de 35 años registrarla, pero no ingresa dentro de los indicadores de la norma técnica de PEP. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma o que no se haya tomado la mamografía o la biopsia de mama, o que el resultado de la mamografía sea normal. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS, considente con cohortes.	
102	Código de habilitación IPS donde se toma Biopsia Seno por BACAF	Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	12	Numérico	Se debe registrar el código de habilitación de la IPS donde se tomo la biopsia de mama. No aplica: Hombres, mujeres menores de 50 años según norma técnica de detección temprana de cáncer de mama, o que no tenga los criterios para la toma o que no se haya tomado la mamografía o la biopsia de mama, o que el resultado de la mamografía sea normal. Los registros deben estar soportados por RIPS, considente con cohortes.	

103	Fecha toma de hemoglobina	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de la hemoglobina en mujer que registra 1 en el ítem 14 (gestantes) y pacientes de atención del joven entre 10 a 13 años mujeres) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de la hemoglobina) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma de la hemoglobina de mujer con registro 1 en el ítem 14 (gestantes) y pacientes de atención del joven entre 10 a 13 años mujeres.) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de la mujer que impidan la toma de la hemoglobina) 1825-01-01 (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en toma de la hemoglobina) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 gestante y mujeres de atención del joven de 10 a 13 años, con quien se intenta comunicación para toma de la hemoglobina pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó toma de la hemoglobina por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (hombres en todas las edades, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años o de cualquier edad que registren 0 en el ítem 14, o que cumple criterios (atención del joven en niñas de 10 a 13 años)). Los registros deben estar soportados por RIPS, HCL y laboratorio, tiene que coincidente con cohortes.	
-----	---------------------------	---	----	-------	---	--

104	Hemoglobina	Registre el dato reportado por el laboratorio Si no aplica registre 0	4	Decimal	Registrar el dato que reporte el laboratorio del valor de la hemoglobina y que corresponda a la fecha del ítem (103). 0- hombres de cualquier edad, mujeres menores de 10 años o mayores de 54 años o mujeres que registren 2 en el ítem 14, y que no hayan sido atendidas en atención del joven y aplique niñas de 10 a 13 años. El valor registrado en la variable 104 este en el rango de 1,5 y 20.
105	Fecha de toma de glicemia basal	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de la glicemia basal en mujer que registra 1 en el ítem 14, en adulto mayor en los quinquenios a partir de los 45 años y cada 5 años, y en el caso de los crónicos (HTA y DM) 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de la glicemia basal) 1805-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten realizar toma de la glicemia basal de mujer con registro 1 en el ítem 14, y población mayor por quinquenio) 1810-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de que impidan la toma de la glicemia basal) 1825-01-01 (Si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la mujer gestante en toma de la glicemia basal) 1830-01-01 (si se trata de una mujer que registra 1 en el ítem 14 con quien se intenta comunicación para toma de la glicemia basal pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 1835-01-01 (no se realizó toma de la glicemia basal por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 1845-01-01 (Población que no tenga los criterios de acuerdo a detección temprana, protección específica y guías de atención de interés en salud pública). Los registros deben estar SOPORTADOS
106	Fecha Creatinina	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de creatinina en adulto mayor en los quinquenios a partir de los 45 años y cada 5 años, y en el caso de los crónicos (HTA y DM) mayor de 18 años y Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de creatinina) Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01: En los siguientes casos, pérdida o desconocimiento de la fecha de toma de creatina. Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01: Religiosos, cultural y social. Si no se realiza por condición de salud registrar 1810-01-01: Condiciones de salud que le impidan a al usuario la toma de laboratorio. Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01: El usuario se rehúsa a la toma de laboratorio por razones personales. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: No se logra contactar al usuario Si no se registra por otras razones 1835-01-01: Olvido, daño en el sistema etc. Si no aplica registrar 1845-01-01: El usuario no tiene diagnóstico de hipertensión arterial o de diabetes mellitus si no se realiza consulta para el adulto, y no está entre el ciclo vital adulto 45 (50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, etc....) años por quinquenio la cual se debe calcular fecha de nacimiento Vs La fecha de consulta. Se puede tomar creatinina para detección de insuficiencia renal en paciente con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus o cuando existen las dos patologías en el usuario en el ciclo vital ciclo vital adulto 45 años. Los registros deben estar soportados por HCL, laboratorio, RIPS y coherentes con cohortes.
107	Creatinina	Registre el dato reportado por el laboratorio. Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	4	Decimal	Registra dato reportado por laboratorio de referencia en los cuales deben ir separados por punto(.) como separador de decimales para el reporte de esta variables es obligatorio el diligenciamiento de variable fecha de creatinina. El resultado debe ser acorde a la fecha del ítem 106. Si no aplica registrar 0 por el usuario no se valora creatinina por que no tiene diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus, diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V, y la variable 106 debe registrarse no aplica registrar 1845-01-01, o porque no es adulto mayor quinquenio. El valor registrado en la variable 107 este en el rango de 0,2 y 25. Los registros deben estar soportados por HCL.
108	Fecha Hemoglobina Glicosilada	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Solo los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus debe tener este laboratorio y Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V.- Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01: En los siguientes casos, perdida o desconocimiento de la fecha de Hemoglobina Glicosilada. Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01: Religiosos, cultural y social. Si no se realiza por condición de salud registrar 1810-01-01: Condiciones de salud que le impidan a al usuario la toma de laboratorio. Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01: El usuario se rehúsa a la toma de Hemoglobina glicosilada por razones personales. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: No se logra contactar al usuario Si no se registra por otras razones 1835-01-01: Olvido, daño en el sistema etc. Si no aplica registrar 1845-01-01: El usuario no tiene diagnóstico de diabetes mellitus, Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Los registros deben estar soportados por HCL, RIPS y coincidente con cohortes.
109	Hemoglobina Glicosilada	Registre el dato reportado por el laboratorio Si no tiene el dato registrar 999 Si no aplica registrar 0	4	Decimal	Solo los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus debe tener este laboratorio y Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Registra dato reportado por laboratorio de referencia en los cuales deben ir separados por punto(.) como separador de decimales para el reporte de esta variables es obligatorio el diligenciamiento de variable fecha de hemoglobina glicosilada. Si no tiene el dato registrar 999, pero debe estar el dato fecha de hemoglobina glicosilada. Si no aplica registrar 0 por el usuario no se valora la hemoglobina glicosilada por que no tiene diabetes mellitus y con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Validar que el valor registrado en la variable 109 este en el rango de 5 y 20.

110	Fecha Toma de Microalbuminuria	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	Solo los pacientes con diagnostico de Hipertension Arterial o Diabetes Mellitus debe tener este laboratorio- y Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01. En los siguientes casos, perdida o desconocimiento de la fecha microalbuminemia Si no se realiza por una tradicion registrar 1805-01-01. Religiosos, cultural y social. Si no se realiza por condicion de salud registrar 1810-01-01. Codiciones de salud que le impidan a al usuario la toma de laboratorio. Si no se realiza por negacion del usuario registrar 1825-01-01. El usuario se reusa a la toma del laboratorio por razones personales. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: No se logra contactar al usuario Si no se registra por otras razones 1835-01-01: Olvido, daño en el sistema etc. Si no aplica registrar 1845-01-01: El usuario no tiene diagnostico de diabetes mellitus o hipertension arterial, y con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Los registros deben estar soportados por HCL y RIPS.	
111	Fecha Toma de HDL	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD (Año, mes, día en la cual se realizó toma de HDL en adulto mayor en los quinquenios apartir de los 45 años y cada 5 años, y en el caso de los cronicos (HTA y DM) mayor de 18 años, y Aplica para pacientes con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. 1800-01-01 (no hay evidencia en los registros clínicos de haber realizado toma de HDL) Si no se conoce el dato registrar 1800-01-01: En los siguientes casos, perdida o desconocimiento de la fecha de toma de HDL. Si no se realiza por una tradicion registrar 1805-01-01. Religiosos, cultural y social. Si no se realiza por condicion de salud registrar 1810-01-01. Codiciones de salud que le impidan a al usuario la toma de laboratorio. Si no se realiza por negacion del usuario registrar 1825-01-01. El usuario se reusa a la toma de laboratorio por razones personales. Si no se registra por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: No se logra contactar al usuario Si no se registra por otras razones 1835-01-01: Olvido, daño en el sistema etc. Si no aplica registrar 1845-01-01: El usuario no tiene diagnostico de hipertension arterial o de diabetes mellitus si no se realizo consulta para el adulto, y no esta entre el ciclo vital adulto 45 (50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, etc...) años por quinquenio la cual se debe calcular fecha de nacimiento Vs la fecha del laboratorio. y con diagnóstico de enfermedades precursoras de ERC (nefroprotección) o con ERC V. Los registros deben estar soportados por HCL, laboratorio, RIPS y coherentes con cohortes.	

112	Fecha Toma de Baciloscopia de Diagnóstico	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	fecha	AAAA-MM-DD. debe corresponder a la estructura de la fecha y poner el último dato de fecha de la toma de baciloscopia de diagnóstico. Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01: Si no se tiene el dato de la fecha de la toma de la baciloscopia de diagnóstico. Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01: Por tradición cultural social y/o personal y creencias religiosas. Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01: Por una condición de salud que limite realizar el procedimiento. Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01: Por negación de los familiares en menores de edad o de la persona mayor de edad, y que no es por tradición. Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: Cuando el paciente no puede ser captado y retomado para la toma de baciloscopia de diagnóstico. Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01: Cuando hay fallecimiento del paciente, traslado de la IPS o EPS (estos pacientes deben encontrarse en el archivo de Novedad). Si no aplica registrar 1845-01-01: Cuando el afiliado no es sintomático respiratorio y no tiene criterios para toma de la baciloscopia de diagnóstico. Los registros deben estar soportados por HCL, RIPS y ser coincidentes entre la circular 058 de 2009 y cuenta de alto costo.	
113	Baciloscopia de Diagnóstico	1- Negativa 2- Positiva 3- En proceso 22- Sin dato 4- No	2	Númerico	1- Negativa (Es resultado de las baciloscopias de diagnóstico son negativas) 2- Positiva (Cuando una de las baciloscopias es positiva). 3- Paciente SR que se le tomo la muestra y no cuenta con resultado aun. 4- No (Cuando no se toma la baciloscopia al afiliado quiere decir que tiene en el ítem 112 refiere (Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01, Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01, Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01, Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no, actualizados registrar 1830-01-01, Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01), o cuando no aplica por no ser sintomático respiratorio (1845-01-01) 22- Sin dato (Cuando no hay datos del resultado y se tomo la muestra de baciloscopia) Si el ítem 112, tiene la fecha de la toma de la baciloscopia o la opción si no se tiene el dato registrar 1800-01-01, y en el siguiente reporte debe estar el resultado o sin dato de la baciloscopia de diagnóstico.	
114	Tratamiento para hipotiroidismo congénito	0- No aplica 1- Si recibe tratamiento pero aun no ha terminado. 2- Si recibio tratamiento y ya lo termino. 16- No recibí tratamiento por tener una tradición que se lo impide 17- No recibí tratamiento por una condición de salud que se lo impide 18- No recibí tratamiento por negación del usuario 19- No recibí tratamiento porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados 20- No recibí tratamiento por otras razones 22- Sin dato	2	Númerico	0- Mayor de 36 meses, o menor a 36 meses y que tengan en el ítem (85) la opción 0 o 22. 1- (menor de 36 meses con registro 1 en el ítem 85 que sí recibió tratamiento para hipotiroidismo congénito, pero aun no ha terminado el tratamiento) 2- (menor de 36 meses con registro 1 en el ítem 85 que sí recibió tratamiento para hipotiroidismo congénito, y ya termino el tratamiento) 16- (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten recibir tratamiento para hipotiroidismo congénito en menores de 36 meses con resultado 1 en el ítem 85) 17- (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del menor de 36 meses con resultado 1 en el ítem 85 que impidan la realización de tratamiento para hipotiroidismo congénito) 18- (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la madre del menor de 36 meses con resultado 1 en el ítem 85 que impidan la realización de tratamiento para hipotiroidismo congénito) 19- (si se trata de un menor de 36 meses con resultado 1 en el ítem 85 con cuya madre se intenta comunicación para inicio de tratamiento de hipotiroidismo congénito pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 20 (menor de 36 meses con reporte 1 en el ítem 85 que no recibió tratamiento por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 22- Sin datos en los registros de que tiene o recibió tratamiento de hipotiroidismo congénito.	
115	Tratamiento para sífilis gestacional	0- No aplica 1- Si recibe tratamiento pero aun no ha terminado. 2- Si recibio tratamiento y ya lo termino. 16- No recibí tratamiento por tener una tradición que se lo impide 17- No recibí tratamiento por una condición de salud que se lo impide 18- No recibí tratamiento por negación del usuario 19- No recibí tratamiento porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados 20- No recibí tratamiento por otras razones 22- Sin dato	2	Númerico	0- Hombres, mujeres menores de 10 años o mayores de 55 años, mujeres que registren 2 en el ítem 14 o 0 en el ítem 81, o no tiene el tratamiento en curso. Para las mujeres que durante el Trimestre Reportado hayan tenido atención del parto, cesarea, aborto, aunque hayan tenido atenciones y actividades relacionadas con el control prenatal 1- Si recibe tratamiento pero aun no ha terminado. 2- Si recibio tratamiento y ya lo termino. 16- (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten recibir tratamiento para sífilis gestacional en mujeres con registro 1 en ítem 81) 17- (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud de mujeres con registro 1 en ítem 81 que impidan la realización de tratamiento para sífilis gestacional) 18- (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de mujeres con registro 1 en ítem 81 que impidan la realización de tratamiento para sífilis gestacional) 19- (si se trata de mujeres con registro 1 en ítem 81 con quien se intenta comunicación para inicio de tratamiento de sífilis gestacional pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 20- (mujer con registro 1 en ítem 81 que no recibió tratamiento por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 5 (mujer con registro 1 en ítem 81 que sí recibió tratamiento para sífilis gestacional) 22- (no hay evidencia de inicio de tratamiento de sífilis gestacional en mujer con registro 1 en ítem 81) Validar que cuando la variable 115 registre un dato diferente a 0; la variable 10 corresponda a F. Validar que cuando la variable 115 registre un dato diferente a 0 la variable 14 corresponda a 1. Validar que cuando la variable 115 registre un dato diferente a 0 la variable 15 corresponda a 1.	

116	Tratamiento para sífilis congénita	0- No aplica 1- Si recibí tratamiento pero aun no ha terminado 2- Si recibí tratamiento y ya lo terminé. 16- No recibí tratamiento por tener una tradición que se lo impide 17- No recibí tratamiento por una condición de salud que se lo impide 18- No recibí tratamiento por negación del usuario 19- No recibí tratamiento porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados 20- No recibí tratamiento por otras razones 22- Sin dato	2	Número	0- Hombre o mujer mayor de 16 meses o menor de 16 meses con resultado 0 o 3 en ítem 15 Cuando la variable 116 registre un dato diferente a 0 la variable 15 corresponda a 2. 1- (menor de 16 meses con registro 2 en el ítem 15 que si recibió tratamiento para sífilis congénita pero aun no ha terminado). 2- (menor de 16 meses con registro 2 en el ítem 15 que si recibió tratamiento para sífilis congénita y ya lo terminó). 16 (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten recibir tratamiento para sífilis congénita en menores de 16 meses, o menor de 16 meses con resultado 2 en el ítem 15) 17 (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud del menor de 16 meses con resultado 2 en el ítem 15 que impidan la realización de tratamiento para sífilis congénita) 18 (Si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa de la madre del menor de 16 meses con resultado 2 en el ítem 15 que impidan la realización de tratamiento para sífilis congénita) 19 (si se trata de un menor de 16 meses con resultado 2 en el ítem 15 con cuya madre se intenta comunicación para inicio de tratamiento de sífilis congénita pero no se ubica por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos) 20- (menor de 16 meses con reporte 2 en el ítem 15 que no recibió tratamiento por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos) 22: (no hay evidencia de inicio de tratamiento de sífilis congénita en menor de 13 días con registro 2 en el ítem 15)
117	Tratamiento para Lepra	0- No aplica 1- Si recibí tratamiento pero aun no ha terminado 2- Si recibí tratamiento y ya lo terminé. 16- No recibí tratamiento por tener una tradición que se lo impide 17- No recibí tratamiento por una condición de salud que se lo impide 18- No recibí tratamiento por negación del usuario 19- No recibí tratamiento porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados 20- No recibí tratamiento por otras razones 22- Sin dato	2	Número	0- (Que registren 3 en el ítem 20, Que el paciente no tenga el diagnóstico de Lepra). 1- (con registro 1 o 2 en ítem 20 que si recibió tratamiento para lepra pero aun no ha terminado) 2- (con registro 1 o 2 en ítem 20 que si recibió tratamiento para lepra y ya lo terminó). 16- (Si hay evidencia en los registros clínicos de razones culturales, étnicas, sociales o familiares que no permiten recibir tratamiento para lepra con registro 1 o 2 en ítem 20) 17- (Si hay evidencia en los registros clínicos de condiciones de salud que limite recibir la administración del tratamiento de Lepra registro 1 o 2, en ítem 20) 18- (si hay evidencia en los registros clínicos de negación expresa del afiliado de la recepción de tratamiento de tuberculosis con registro 1 o 2 en ítem 20) 19- (si se trata de mujeres con registro 1 o 2 en ítem 20 con quien se intenta comunicación para inicio de tratamiento de lepra pero no se ubica para toma y retoma por datos de contacto no actualizados, esta causal debe estar debidamente soportada en los registros clínicos,) 20- (con registro 1 o 2 en ítem 20 que no recibió tratamiento por razones diferentes a los numerales anteriores y hay evidencia de ello en los registros clínicos, ejemplo fallecimiento, traslado de IPS o EPS, si las condiciones anteriores deben estar en el archivo de novedades) 22: (no hay evidencia de inicio de tratamiento de lepra con registro 1 o 2 en ítem 20). Validar que cuando la variable 117 registre un valor diferente a 0 la variable 20 corresponda a 1 o 2.
118	Fecha de Terminación Tratamiento para Leishmaniasis	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01 Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01 Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01 Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	10	Fecha	AAAA-MM-DD. debe corresponder a la estructura de la fecha. Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01: Si no se tiene el dato de la fecha de terminación del tratamiento. Si no se realiza por una Tradición registrar 1805-01-01: Por tradición cultural social, etnia y/o personal y creencias religiosas. Si no se realiza por una Condición de Salud registrar 1810-01-01: Por una condición de salud que impida la finalización del tratamiento. Si no se realiza por Negación del usuario registrar 1825-01-01: Por negación de los familiares en menores de edad o de la persona mayor de edad, y que no es por tradición. Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01: Cuando el paciente no puede ser captado y retomado para el tratamiento del diagnóstico Leishmaniasis. Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01: Cuando hay fallecimiento del paciente, traslado de la IPS o EPS (estos pacientes deben encontrarse en el archivo de Novedad). Si no aplica registrar 1845-01-01: Cuando el afiliado no tiene el diagnóstico de leishmaniasis. Cuando en la variable 18 aparezca RIESGO NO EVALUADO numeral 21.

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO DE NOVEDADES

El archivo de novedades es aquel que la EAPB y/o Dirección Territorial de Salud genera cuando requiere notificar que hay personas afiliadas a quienes se prestó servicios relacionados con Protección Específica, Detección Temprana y/o Atención de Enfermedades de interés en Salud pública que sufrieron cambios en la información reportada.

NOMBRE ARCHIVO DE ENTREGA DE LAS IPS

COMPONENTE DEL NOMBRE DEL ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO	POLITICA REQUISITO
FECHA DE CORTE	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, corresponde al último día calendario del periodo de información reportada	8	Si	Las IPS deben realizar el corte de información de 25 a 25 para lograr la entrega todos los 10 primeros días de cada mes. Ej.: 20130425
NIT (Número de identificación Tributario) de la IPS	Nxxxxxxxxxxx	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación anteponiendo el prefijo NI. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: NI000860999123	14	Si	Debe tener el código de habilitación de la IPS que reporta y envía el archivo a la EPS Famisanar.
Tema de información	N	Identifica el tema de fuente de la información, D=Archivo Novedades	1	Si	Este es fijo de acuerdo al tipo de archivo, este corresponde al archivo de novedad, lo cual permite su identificación.

Nombre: AAAAMMDDNxxxxxxxxxxxN

ARCHIVO DE NOVEDADES

No debe repetirse un registro con el mismo tipo y documento de identidad. Las novedades deben ser referente a la información reportada previamente y así realizar los ajustes correspondientes.

REGISTRO DE CONTROL DE LA IPS ARCHIVO NOVEDAD

COMPONENTE DEL NOMBRE DEL ARCHIVO	VALORES PERMITIDOS O FORMATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD FIJA	REQUERIDO	POLITICA REQUISITO
TIPO DE REGISTRO	1	1- Valor que significa que el registro es de control.		1 SI	
CODIGO DE LA EPS O DE LA DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD	EPS017	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud en el caso de las EPS y para las Direcciones Territoriales de Salud, el código del Departamento DIVIPOLA		6 SI	Registrar el código de la EPS famisanar Ltda.
FECHA INICIAL DEL PERIODO DE LA INFORMACION REPORTADA	AAAA-MM-DD	Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.		10 SI	Se coloca
FECHA FINAL DEL PERIODO DE LA INFORMACION REPORTADA	AAAA-MM-DD	Debe corresponder a la fecha final del período de información reportada y debe coincidir con la fecha de corte de nombre del archivo.		10 SI	Las IPS deben realizar el corte de información de 25 a 25 para lograr la entrega todos los 10 primeros días de cada mes. Ej.: 20130425
NÚMERO TOTAL DE REGISTROS DE DETALLE CONTENIDOS EN EL ARCHIVO	Númerico	Debe corresponder a la cantidad de registros Tipo 2 del detalle de las actividades de los afiliados, contenidos en el archivo		8 SI	Colocar la cantidad de registros del archivo de novedades. La cual debe corresponder al último conteo de registros de detallado.

REGISTRO DETALLADO DEL ARCHIVO DE NOVEDADES

No	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	LONGITUD MAXIMA DEL CAMPO	TIPO	POLITICA
0	Tipo de registro	2: valor que significa que el registro es de detalle		1 N	Número fijo el cual no cambia
1	Consecutivo de registro	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.		8 N	Registras el consecutivo secuencial y ordenado.
2	Tipo identificación reportado del usuario a ser actualizado	RC- Registro Civil TI- Tarjeta De Identidad CE- Cedula De Extranjería CC- Cedula De Ciudadanía PA- Pasaporte MS- Menor Sin Identificación AS- Adulto Sin Identificación CD- Carnet diplomático NV- Certificado nacido vivo, solo para menores con 2 meses de nacido calculado entre la fecha de nacimiento y la fecha de la prestación del servicio Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS		2 A	Debe registrarse el tipo y documento de identificación del registro o de los datos que se modificar o actualizarán. AS: No es válido.
3	Número de identificación reportado del usuario a ser actualizado	Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS		18 A	Debe registrarse el tipo y documento de identificación del registro o de los datos que se modificar o actualizarán.
4	Primer apellido del usuario a ser actualizado	Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS		30 A	Nombres y apellidos tal cual están en bases de datos, es importante recordar que si no tiene segundo nombre o segundo apellido colocar NONE.
5	Segundo apellido del usuario a ser actualizado	Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS En caso que el usuario no tenga segundo apellido o no se tenga este dato registre "NONE", en mayúscula sostenida.		30 A	Nombres y apellidos tal cual están en bases de datos, es importante recordar que si no tiene segundo nombre o segundo apellido colocar NONE.
6	Primer nombre del usuario a ser actualizado	Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS		30 A	Nombres y apellidos tal cual están en bases de datos, es importante recordar que si no tiene segundo nombre o segundo apellido colocar NONE.
7	Segundo nombre del usuario a ser actualizado	Pertenece al usuario ya reportado al sistema del MSPS En caso que el usuario no tenga segundo apellido o no se tenga este dato registre "NONE", en mayúscula sostenida.		30 A	Nombres y apellidos tal cual están en bases de datos, es importante recordar que si no tiene segundo nombre o segundo apellido colocar NONE.

8	Tipo de novedad reportada	<p>1. Novedad de actualización del tipo de documento de identificación</p> <p>2. Novedad de actualización del número de documento de identificación</p> <p>3. Novedad de actualización del tipo y número de documento de identificación</p> <p>4. Novedad de actualización eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de la visita. Causa que se elimina de la Base de datos la persona y las actividades reportadas de dicha persona en los periodos de la EPS.</p> <p>5. Novedad de actualización paciente imposible de ubicar</p> <p>6. Novedad de actualización desafilado al cual se le siguen prestando servicios porque no ha pasado a otra entidad (sentencia T760, continuidad en tratamiento).</p> <p>7. Novedad cambio de IPS al interior de la EPS.</p>	1	N	Seleccionar uno de los items que aplique de acuerdo al caso, sin duplicar el usuario.	
9	Tipo identificación modificado	RC- Registro Civil TI- Tarjeta De Identidad CE- Cedula De Extranjería CC- Cedula De Ciudadanía PA- Pasaporte; CD- Carnet diplomático.		2 A	Registras el tipo de documento por la cual se cambiara o actualizara	
10	Número de identificación modificado	Pertenciente al usuario ya reportado al sistema del MSPS. Si no aplica registrar 0.		18 A	Registras el número de documento por la cual se cambiara o actualizara Si no aplica registrar 0. Cuando se cambio el tipo de documento pero no el número de documento.	