

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
1	Número atención	4	N	Desde 1
2	Fecha	10	A	AAAA-MM-DD
3	Hora	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
4	Nombre prestador	250	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
5	Tipo identificación prestador	2	A	CC = Cédula de Ciudadanía NI = Número de Identificación Tributaria
6	Número identificación prestador	10	A	Numero de la CC o el NIT del prestador
7	Dígito de verificación del prestador	1	N	0-9
8	Código prestador	12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
9	Dirección prestador	80	A	Dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación
10	Teléfono indicativo prestador	5	N	
11	Teléfono numero prestador	7	N	
12	Departamento prestador	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
13	Municipio prestador	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
14	Nombre entidad responsable de pago - pagador	150	A	DIRECCION SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
15	Código administradora-pagador	6	A	05000
16	Primer apellido	20	A	Para los nombres y apellidos compuestos, se tomará como primer nombre el primer nombre del nombre compuesto y como segundo nombre el complemento, igualmente para el caso de los apellidos compuestos. Ej. Julio Álvaro Andrés Molina del Castillo. Primer nombre: JULIO, segundo nombre: ÁLVARO ANDRÉS. Primer apellido: MOLINA, segundo apellido: DEL CASTILLO. Cuando una persona no tiene segundo nombre o apellido se reportará vacío en estos atributos. Se utilizará la abreviatura "VDA" para los segundos apellidos que utilizan la palabra VIUDA (O).
17	Segundo apellido	30	A	
18	Primer nombre	20	A	
19	Segundo nombre	30	A	
20	Tipo documento de identificación del paciente	2	A	MS = Menor sin identificación RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte AS = Adulto sin identificación
21	Número de identificación del paciente	17	A	
22	Fecha nacimiento del paciente	10	A	AAAA-MM-DD
23	Dirección paciente	80	A	Dirección de residencia habitual del paciente
24	Teléfono paciente	7	N	
25	Departamento residencia paciente	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
26	Municipio residencia paciente	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
27	Cobertura en salud para pago	3	A	RCT = Régimen contributivo RST = Régimen subsidiado total RSP = Régimen subsidiado parcial PPC = Población pobre con SISBEN PPS = Población pobre sin SISBEN DES = Desplazado PAS = Plan adicional de salud OTR = Otro
28	Origen de la atención	2	A	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 06 = Evento catastrófico 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 16 = Accidente de trabajo y Accidente de Transito 17 = Evento catastrófico y Accidente de trabajo
29	Clasificación triage	1	N	1= Rojo 2= Amarillo 3= Verde
30	Fecha ingreso urgencias	10	A	AAAA-MM-DD
31	Hora ingreso urgencias	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
32	Paciente remitido	1	N	1 = SI 2 = NO
33	Nombre prestador remite	150	A	Nombre completo del prestador de servicios de salud tal como figura en el formulario de habilitación
34	Código del prestador que remite	12	A	Código de habilitación asignado por la dirección territorial de salud
35	Departamento prestador remite	2	A	Tabla Departamentos - Tabla DIVIPOLA - DANE
36	Municipio prestador remite	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE
37	Motivo consulta	200	A	
38	Diagnóstico principal código	4	A	
39	Diagnóstico principal descripción	50	A	
40	Diagnóstico relacionado 1 código	4	A	
41	Diagnóstico relacionado 1 descripción	50	A	
42	Diagnóstico relacionado 2 código	4	A	
43	Diagnóstico relacionado 2 descripción	50	A	
44	Diagnostico relacionado 3 código	4	A	
45	Diagnóstico relacionado 3 descripción	50	A	
46	Destino paciente	1	N	1 = domicilio 2 = observación 3 = internación 4 = remisión

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
				5 = contrarremisión 6 = otro
47	Nombre quien reporta/informa/solicita/autoriza	60	A	
48	Cargo- actividad reporta /informa/solicita/autoriza	30	A	
49	Telefono indicativo reporta/informa/solicita/autoriza	5	N	
50	Teléfono numero reporta/informa/solicita/autoriza	7	N	
51	Teléfono extensión reporta/informa/solicita/autoriza	6	N	
52	Teléfono celular reporta/informa/solicita/autoriza	10	N	

Separador de campos: Caracter coma (,)

Marca de Fin de registros: ENTER