

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
1	Numero solicitud	10	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	Teléfono celular paciente	10	N	
28	Correo electrónico paciente	50	A	
29	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
30	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 Tránsito 17 = Evento catastrófico y Accidente de trabajo
31	Diagnóstico principal código	4	A	
32	Diagnóstico principal descripción	50	A	
33	Diagnóstico relacionado 1 código	4	A	
34	Diagnóstico relacionado 1 descripción	50	A	
35	Diagnóstico relacionado 2 código	4	A	
36	Diagnóstico relacionado 2 descripción	50	A	
37	Prioridad de la atención	1	N	1 = prioritaria 2 = no prioritaria
38	Tipo de servicios solicitud	1	N	1 = posterior a la atención inicial de urgencias 2 = servicios electivos
39	Ubicación del paciente	1	N	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización
40	Servicio hospitalización	30	A	
41	Cama	6	A	
42	Guía de atención	30	A	
43	Código CUPS 1	7	A	
44	Cantidad 1	3	N	
45	Descripción/observaciones 1	50	A	
46	Código CUPS 2	7	A	
47	Cantidad 2	3	N	
48	Descripción/observaciones 2	50	A	
49	Código CUPS 3	7	A	
50	Cantidad 3	3	N	
51	Descripción/observaciones 3	50	A	
52	Código CUPS 4	7	A	

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
53	Cantidad 4	3	N	
54	Descripción/observaciones 4	50	A	
55	Código CUPS 5	7	A	
56	Cantidad 5	3	N	
57	Descripción/observaciones 5	50	A	
58	Código CUPS 6	7	A	
59	Cantidad 6	3	N	
60	Descripción/observaciones 6	50	A	
61	Código CUPS 7	7	A	
62	Cantidad 7	3	N	
63	Descripción/observaciones 7	50	A	
64	Código CUPS 8	7	A	
65	Cantidad 8	3	N	
66	Descripción/observaciones 8	50	A	
67	Código CUPS 9	7	A	
68	Cantidad 9	3	N	
69	Descripción/observaciones 9	50	A	
70	Código CUPS 10	7	A	
71	Cantidad 10	3	N	
72	Descripción/observaciones 10	50	A	
73	Código CUPS 11	7	A	
74	Cantidad 11	3	N	
75	Descripción/observaciones 11	50	A	
76	Código CUPS 12	7	A	
77	Cantidad 12	3	N	
78	Descripción/observaciones 12	50	A	
79	Código CUPS 13	7	A	
80	Cantidad 13	3	N	
81	Descripción/observaciones 13	50	A	
82	Código CUPS 14	7	A	
83	Cantidad 14	3	N	
84	Descripción/observaciones 14	50	A	
85	Código CUPS 15	7	A	
86	Cantidad 15	3	N	
87	Descripción/observaciones 15	50	A	
88	Código CUPS 16	7	A	
89	Cantidad 16	3	N	
90	Descripción/observaciones 16	50	A	
91	Código CUPS 17	7	A	
92	Cantidad 17	3	N	
93	Descripción/observaciones 17	50	A	
94	Código CUPS 18	7	A	
95	Cantidad 18	3	N	
96	Descripción/observaciones 18	50	A	
97	Código CUPS 19	7	A	
98	Cantidad 19	3	N	
99	Descripción/observaciones 19	50	A	

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
100	Código CUPS 20	7	A	
101	Cantidad 20	3	N	
102	Descripción/observaciones 20	50	A	
103	Justificación clínica	200	A	
104	Nombre quien reporta/informa/solicita/autoriza	60	A	
105	Cargo- actividad reporta /informa/solicita/autoriza	30	A	
106	Telefono indicativo reporta/informa/solicita/autoriza	5	N	
107	Teléfono numero reporta/informa/solicita/autoriza	7	N	
108	Teléfono extensión reporta/informa/solicita/autoriza	6	N	
109	Teléfono celular reporta/informa/solicita/autoriza	10	N	

Separador de campos: Caracter coma (,)

Marca de Fin de registros: ENTER