

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
1	Número autorización	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
26	Municipio residencia paciente	3	A	Tabla Municipios - Tabla DIVIPOLA - DANE

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
27	Teléfono celular paciente	10	N	
28	Correo electrónico paciente	50	A	
29	Ubicación del paciente	1	N	1 = Consulta externa 2 = Urgencias 3 = Hospitalización
30	Servicio hospitalización	30	A	
31	Cama	6	A	
32	Guía de atención	30	A	
33	Código CUPS 1	7	A	
34	Cantidad 1	3	N	
35	Descripción/observaciones 1	50	A	
36	Código CUPS 2	7	A	
37	Cantidad 2	3	N	
38	Descripción/observaciones 2	50	A	
39	Código CUPS 3	7	A	
40	Cantidad 3	3	N	
41	Descripción/observaciones 3	50	A	
42	Código CUPS 4	7	A	
43	Cantidad 4	3	N	
44	Descripción/observaciones 4	50	A	
45	Código CUPS 5	7	A	
46	Cantidad 5	3	N	
47	Descripción/observaciones 5	50	A	
48	Código CUPS 6	7	A	
49	Cantidad 6	3	N	
50	Descripción/observaciones 6	50	A	
51	Código CUPS 7	7	A	
52	Cantidad 7	3	N	
53	Descripción/observaciones 7	50	A	
54	Código CUPS 8	7	A	
55	Cantidad 8	3	N	
56	Descripción/observaciones 8	50	A	
57	Código CUPS 9	7	A	
58	Cantidad 9	3	N	
59	Descripción/observaciones 9	50	A	
60	Código CUPS 10	7	A	
61	Cantidad 10	3	N	
62	Descripción/observaciones 10	50	A	
63	Código CUPS 11	7	A	
64	Cantidad 11	3	N	
65	Descripción/observaciones 11	50	A	
66	Código CUPS 12	7	A	
67	Cantidad 12	3	N	
68	Descripción/observaciones 12	50	A	
69	Código CUPS 13	7	A	
70	Cantidad 13	3	N	
71	Descripción/observaciones 13	50	A	
72	Código CUPS 14	7	A	
73	Cantidad 14	3	N	
74	Descripción/observaciones 14	50	A	
75	Código CUPS 15	7	A	

Numero Campo	Nombre variable	Longitud	Tipo	Valor permitido
76	Cantidad 15	3	N	
77	Descripción/observaciones 15	50	A	
78	Código CUPS 16	7	A	
79	Cantidad 16	3	N	
80	Descripción/observaciones 16	50	A	
81	Código CUPS 17	7	A	
82	Cantidad 17	3	N	
83	Descripción/observaciones 17	50	A	
84	Código CUPS 18	7	A	
85	Cantidad 18	3	N	
86	Descripción/observaciones 18	50	A	
87	Código CUPS 19	7	A	
88	Cantidad 19	3	N	
89	Descripción/observaciones 19	50	A	
90	Código CUPS 20	7	A	
91	Cantidad 20	3	N	
92	Descripción/observaciones 20	50	A	
93	Solicitud origen	10	N	Desde 1
94	Fecha solicitud origen	10	A	AAAA-MM-DD
95	Hora solicitud origen	5	A	HH:MM (formato 24 horas)
96	Porcentaje valor pago compartido	3	N	Entre 0 y 100
97	Semanas afiliación paciente	4	N	Entre 0 y 1000
98	Reclamo tiquete, bono o vale	1	N	1 = SI 2 = NO
99	Valor pesos cuota moderadora	6	N	Entre 0 y 999999
100	Porcentaje cuota moderadora	3	N	Entre 0 y 100
101	Valor máximo cuota moderadora	6	N	Entre 0 y 999999
102	Valor pesos copago	6	N	Entre 0 y 999999
103	Porcentaje copago	3	N	Entre 0 y 100
104	Valor máximo copago	6	N	Entre 0 y 999999
105	Valor pesos cuota recuperación	6	N	Entre 0 y 999999
106	Porcentaje cuota recuperación	3	N	Entre 0 y 100
107	Valor máximo cuota recuperación	6	N	Entre 0 y 999999
108	Valor pesos otro	6	N	Entre 0 y 999999
109	porcentaje otro	3	N	Entre 0 y 100
110	Valor máximo otro	6	N	Entre 0 y 999999
111	Nombre quien reporta/informa/solicita/autoriza	60	A	
112	Cargo- actividad reporta /informa/solicita/autoriza	30	A	
113	Telefono indicativo reporta/informa/solicita/autoriza	5	N	
114	Teléfono numero reporta/informa/solicita/autoriza	7	N	
115	Teléfono extensión reporta/informa/solicita/autoriza	6	N	
116	Teléfono celular reporta/informa/solicita/autoriza	10	N	

Separador de campos: Caracter coma (,)

Marca de Fin de registros: ENTER