



# Red Salud Armenia E.S.E.

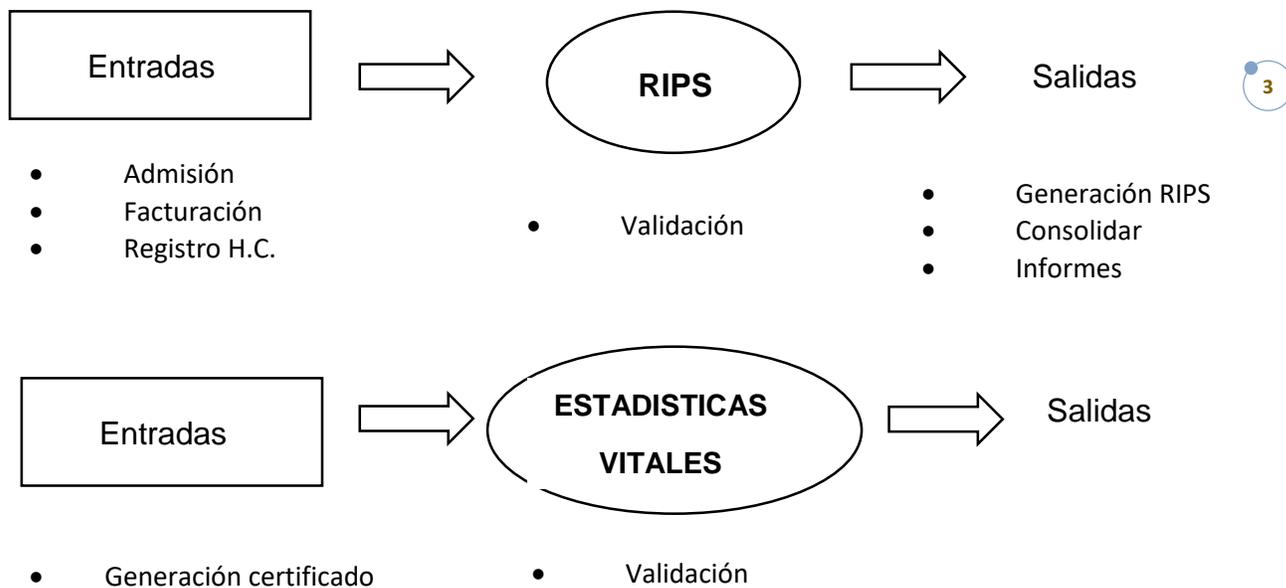
**PÁ CUIDAR DE TODOS**

MANUAL DE MINERIA DE DATOS  
Código: AP- GT- MA- 010 Versión: 1

# Contenido

- INTRODUCCION:..... 4
- OBJETIVO:..... 4
- COMPETENCIAS:..... 5
- MISIÓN ..... 5
- ACCIONES ..... 5
- MARCO NORMATIVO ..... 6
- DEFINICIONES INICIALES ..... 7
- USOS DE LA INFORMACIÓN DE RIPS PARA EL PRESTADOR..... 7
  - CALIDAD DEL DATO ..... 8
  - ERRORES EN EL REGISTRO DEL DATO: ..... 9
- CARACTERISTICA DE LOS RIPS ..... 9
  - LOS TIPOS DE ARCHIVOS RIPS SON LOS SIGUIENTES: ..... 10
- DATOS PRIMARIOS ..... 12
- DATOS SECUNDARIOS ..... 12
- PROCEDIMIENTO: GENERACION DE INFORMACION..... 12
  - COMO GENERAR UN ARCHIVO PLANO (RIPS)..... 13
  - VALIDACION CONTENIDO Y COHERENCIA: ..... 14
- GENERACION DE INFORMES: ..... 17
- PROCESO Y SOLICITUD DE ENTREGA DE LA INFORMACION ..... 18
- BIBLIOGRAFIA:..... 19

## FLUJO DE LA INFORMACIÓN



## INTRODUCCION:

La información siempre ha sido clave en la actividad de cualquier organización, tanto privada como pública, en todas sus fases funcionales: planificación, ejecución, control y evaluación de resultados. Por tal razón, la información en el sector salud se recopila mediante los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), los cuales proveen los datos mínimos y básicos, con una estructura única y estandarizada, con los datos de identificación del usuario, servicio y motivo que originó su prestación y además apoya la generación de planes, programas, estrategias y operaciones.

El Departamento de Información y Registro (DIR) se encarga de la recolección, análisis, procesamiento, y presentación de toda la información que se genera en la Red, de las atenciones de salud, con el objetivo de contribuir a la adecuada toma de decisiones gerenciales, estratégicas, administrativas y asistenciales, permitiendo la resolución de los problemas salud-enfermedad de la población. La planificación y vigilancia de actividades y control de programas, sin las cuales no sería posible realizarlas con eficiencia.

Sin embargo, y pese a que los distintos generadores y usuarios de los datos reconocen su valor e importancia, en la actualidad se han identificado falencias tanto en la calidad del registro primario, como en la utilización para la gestión de las IPS y las EAPB, así como para la formulación de la política pública en salud. Esta situación muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos que se reportan, para que contribuyan en condiciones de mayor certidumbre a la toma de decisiones.

Con respecto a los métodos estadísticos, se utilizan las técnicas descriptivas, para organizar y resumir los datos numéricos. La estadística descriptiva, trata de la tabulación de datos, su presentación en forma gráfica o ilustrativa y el cálculo de medidas descriptivas.

## OBJETIVO:

Garantizar la disposición de la información de manera oportuna y confiable, necesaria para el seguimiento y control de la entidad, la generación y uso de los datos en los procesos esenciales en forma estandarizada, para la toma de decisiones.

## COMPETENCIAS:

En el Marco Legal del S.G.S.S.S., del Sistema Integral de Información en Salud y del Sistema Básico de Información Municipal:

Definir y ofrecer asistencia técnica. Mantener la información de prestación de servicios desagregada y consolidada en Red Salud Armenia ESE.

Permitir la consulta de la información de la Red a los diferentes actores del sistema.

Suministrar los datos sobre los procesos operativos de su competencia.

5

## MISIÓN

Disponer de un Sistema de información oportuno, veraz, consistente y confiable de la prestación de servicios de salud de Red Salud Armenia E.S.E., organizada en bases de datos.

## ACCIONES

- Generación, validación y consolidación, de reportes de prestación de servicios de salud de la Red.
- Aplicación de Normatividad Vigente
- Ajustes y Estandarización de los registros para el envío a las diferentes administradoras como soporte a la facturación.
- Auditorias periódicas al Sistema de información de prestación de servicios.
- Producción de Informes periódicos.
- Entrega de información y actualización de datos a la Gerencia, áreas de Red Salud y diferentes actores del Sistema

## MARCO NORMATIVO

**Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 3374 de 2000:** Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

**Resolución 02333 de 2000:** Por la cual se adopta la Primera Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

**Resolución 1896 de 2001:** Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 02333 del 11 de septiembre de 2000

**Resolución 1895 de 2001:** Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima revisión.

**Circular 025 de 2001:** Aclaraciones y precisiones Resolución 3374 de 2000.

**Resolución 0951 de 2002:** Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS.

**Circular 39735 de 2008:** Registro Individual de Prestación de Salud - RIPS Adición de variables para identificar desplazados en régimen contributivo y régimen subsidiado.

**Resolución 1531 de 2014:** Por la cual se modifica resolución 3374 de 2000 mecanismo de transferencia de datos del registro individual de prestación de servicios de salud — RIPS y su ámbito de aplicación.

**Circular 0024 de 2015:** Actualización de los lineamientos técnicos para el reporte de los RIPS y de sus herramientas técnicas.

**Resolución 1479 de 2015:** Presentación cuentas por servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados al Régimen Subsidiado.

**Resolución 0255 de 2007 del MSPS:** Por la cual se adopta el Código Único Nacional de Medicamentos, CUM

**Resolución 5521 de 2013:** Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS).

## DEFINICIONES INICIALES

- **RIPS:** El conjunto de datos mínimos que identifican una a una las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales independientes de salud a las personas, constituyéndose en una de las fuentes\_principales del Sistema Integral de información del SGSSS, para la construcción del perfil epidemiológico del país, además de ser el soporte de la factura de venta de los servicios de salud.
- **Datos:** Hechos o medidas que describen características de objetos, eventos o personas, es la materia prima de la que se obtendrá la información.
- **Información:** Datos analizados y presentados en forma adecuada, de interés para un observador en un momento determinado.
- **Conocimiento:** Información procesada para emitir juicios que llevan a conclusiones.
- **Meta Conocimiento:** Reglas que permiten obtener conocimiento.
- **Valores permitidos:** son los parámetros que son válidos en los datos. Se incluyen los valores permitidos a la fecha según lo establecido en la resolución 3374 y las normas que los hayan modificado.
- **Cómo registrar:** es el concepto de cómo operativamente la IPS debe registrar el dato en sus propios sistemas institucionales. Todos los datos que solicita la resolución deben recogerse, conservando las restricciones de norma para cuando no aplica.
- **Software malla de validación:** corresponde a la validación que se hace en la solución informática de validación establecida de manera estándar por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, la cual debe utilizarse obligatoriamente antes de enviar los datos.

No se puede realizar validaciones diferentes a las definidas, ni modificar las tablas estándares de la CUPS o CIE-10 o cualquier otro catalogo estandarizado a nacional y definido para el Sistema de Salud Colombiano.

## USOS DE LA INFORMACIÓN DE RIPS PARA EL PRESTADOR

- Brindar información estadística relacionada con las actividades de salud prestadas - **Indicadores de gestión**
- Soportar el valor cobrado a las entidades pagadoras - **Facturación.**
- Conocer el estado de salud de la población – **Perfil Epidemiológico.**
- Realizar planificación, seguimiento y evaluación de las acciones de Salud.

## CALIDAD DEL DATO

Red Salud está obligada a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud, la entrega oportuna a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados de manera individualizada, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3374 de 2000.

8

Los principales atributos de calidad que se ajustan a los registros en salud y se deben tener en cuenta para generar información confiable son:

- **Integridad:** Se refiere al registro completo de los datos en una base de datos.
- **Oportunidad:** Disponibilidad de la información en el momento adecuado.
- **Consistencia:** Es la coherencia de un dato en la base de datos a la que pertenece.
- **Validez:** El grado en que los datos se consideran como verdaderos o creíbles.
- **Accesible:** Facilidad para obtenerla.
- **Precisa:** No tiene errores.
- **Relevante:** Sirve para la decisión que la requiere.
- **Oportuna:** En un momento adecuado o conveniente.
- **Clara:** Sin expresiones ambiguas.
- **Verificable:** Posibilidad de llegar a la fuente.

Para tener una adecuada gestión de la información es necesario que todas las personas encargadas de generar la información se sientan responsables de su producción y uso, es decir, que exista una cultura institucional de valoración de la información.

Es necesario brindar mayor información y orientación al personal de salud sobre el adecuado diligenciamiento de los registros en salud, mostrando la importancia que tienen para la identificación, vigilancia y control de las enfermedades.

El primer gran esfuerzo que se debe hacer, es mejorar la calidad del registro primario, buscando mecanismos y herramientas que faciliten esta labor, tratar de desarrollar un sistema de información que dé respuesta a las necesidades tanto de prestaciones de servicios de salud como de facturación y demás procesos manejados en cada institución.

Una vez realizado el registro de salud, se recomienda realizar una revisión por parte del profesional, proceso que se denomina pre-crítica, el cual se debe desarrollar como una actividad más del proceso de atención, cuya función principal es verificar el cumplimiento de los atributos de calidad antes propuestos, garantizando que la información se encuentre validada, completa, corregida y documentada.

## ERRORES EN EL REGISTRO DEL DATO:

- **Ausencia:** los campos importantes u obligatorios para el análisis se encuentran vacíos.
- **Inconsistencia:** los datos no corresponden con el valor definido para el campo analizado, a pesar de tener información, no son útiles para los análisis. También se refiere a los datos que no cumplen con la estructura, están mal digitados o contienen valores por fuera de los límites establecidos.
- **Incoherencia:** los datos no cumplen la relación lógica existente entre dos campos correlacionados. Está definida por marcos como el social (ej. la edad no corresponde o concuerda con el tipo de documento) o el clínico (ej. el diagnóstico identificado no concuerda con el sexo).
- **Duplicidad:** aplicable solamente en la tabla de usuarios. Registros que se encuentran más de una vez en una misma tabla

## CARACTERISTICA DE LOS RIPS

La Resolución 3374 de 2000 reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud, sobre los servicios de salud prestados, estos son:

- Datos de identificación
- Datos del servicio de salud
- Datos del motivo que origina la prestación del servicio
- Datos del valor de la atención

Los archivos que componen los datos RIPS son 10, cada uno con estructura diferente y necesaria para obtener la información correspondiente de cada usuario y el servicio prestado.

## LOS TIPOS DE ARCHIVOS RIPS SON LOS SIGUIENTES:

CT = Archivo de control  
AF = Archivo de las transacciones  
US = Archivo de usuarios de los servicios de salud  
AC = Archivo de consulta  
AP = Archivo de procedimientos  
AH = Archivo de hospitalización  
AU = Archivo de urgencias  
AN = Archivo de recién nacidos  
AM = Archivo de medicamentos  
AT = Archivo de otros servicios

### **Archivo de Control: CT**

Corresponde al archivo del registro de control de los archivos enviados. Permite el control de recepción de los datos de prestaciones de salud.

### **Archivo de usuarios: US**

En este archivo se registran los datos de los usuarios atendidos en el período, correspondientes a su identificación, características básicas, lugar de residencia y pertenencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Archivo de transacciones: AF**

El archivo de transacciones equivale al conjunto de registros de información de todas las facturas, cada registro incluye el encabezado de cada factura de compra/venta de servicios más el valor total con sus descuentos, comisiones y bonificaciones u otras pactadas entre el prestador y el pagador.

### **Archivo de consulta: AC**

En el archivo de consultas se incluyen las realizadas por los distintos profesionales de la salud, tanto de primera vez como de control, las realizadas en la consulta ambulatoria, en el servicio de urgencias, las interconsultas intrahospitalarias y en urgencias, las juntas médicas, las visitas domiciliarias y las realizadas como parte de control de pacientes especiales, de acuerdo a las especificaciones realizadas por la clasificación única de procedimientos en salud vigente.

En el diligenciamiento del archivo de consulta debe existir coherencia en el registro de los datos que corresponden a finalidad de la consulta, causa externa, diagnóstico principal y diagnóstico relacionado.

### **Archivo de procedimientos: AP**

En este archivo se registran los datos de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, de protección específica y de detección temprana, de enfermedad general o de enfermedad profesional.

### **Archivo de urgencia con observación: AU**

Los datos que conforman el registro de urgencias con observación corresponden a la estancia del paciente en la unidad de observación de urgencias, ocupando una camilla.

### **Archivo de hospitalización: AH**

Los datos que conforman el registro de hospitalización corresponden a la estancia del paciente en cualquier servicio hospitalario ocupando una cama. Si se genera una hospitalización se debe realizar el registro individual de la hospitalización y además se deben generar registros individuales de prestación de servicios de procedimientos, interconsultas, medicamentos y otros servicios que debe ser registrados en los respectivos RIPS.

### **Archivo de recién nacidos: AN**

Los datos que conforman el registro de nacido, corresponden a los nacimientos presentados en la institución (Vivo o Muerto).

### **Archivo de medicamentos: AM**

Los datos que conforman el registro de medicamentos, corresponden a los medicamentos entregados en el servicio de internación y ambulatorio.

### **Archivo de otros servicios: AT**

En este archivo se deben registrar los siguientes conceptos, cuando apliquen:

- **Estancia:** Incluye la estancia en urgencias, la hospitalaria, el uso de salas de cirugía (derecho a sala), sala de partos o sala de procedimientos. La estancia en servicios de hospitalización, debe registrarse por tipo de servicio o unidad especial (UCI, cuidado intermedio, unidad de quemados u otros).
- **Materiales e insumos utilizados en la atención:** Aplica sólo a materiales e insumos que no se encuentren incluidos en el valor de procedimiento, según el tarifario utilizado. Incluye otros materiales e insumos de Promoción y Prevención.
- **Traslado de pacientes:** Incluye el traslado del paciente antes de la atención en ese centro, durante la hospitalización o cuando es dado de alta y debe ser llevado a otra institución de mayor o menor nivel, o a la casa, albergue u otro.

- **Honorarios:** Aplica sólo a honorarios de profesionales de la salud y sólo cuando no se encuentren incluidos dentro de la liquidación propia de un procedimiento o actividad según el tarifario utilizado.

## DATOS PRIMARIOS

Estos datos son los recolectados a través de la admisión, facturación y la prestación del servicio. Esta información es de primera mano ya que son datos que no han sido sometidos a ningún tratamiento estadístico.

## DATOS SECUNDARIOS

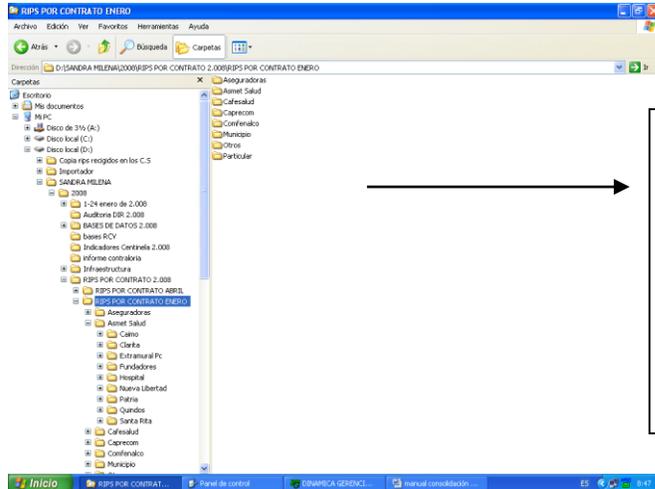
Son datos generados a partir de los datos primarios, los cuales han pasado por un proceso estadístico para la generación de informes.

### PROCEDIMIENTO: GENERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nro.	Actividad	Recurso Humano
1	Generación de RIPS para validación: Se hacen dos reporte en el mes para verificar calidad del dato, las inconsistencias se envían a las subdirecciones para conocimiento y generación de planes de mejora	
2	Generación de RIPS Informe final: Se generan archivos planos, se les hace revisión y ajuste de los datos, para ser cargados posteriormente en las diferentes plataformas, los cuales son el soporte a las cuentas de cobro.	
3	Consolidación de los RIPS, por diferentes tipo de atención	
4.	Generación de informes. Los cuales son entregados a todas las diferentes áreas de la RED, y a quien lo requiera.	

## COMO GENERAR UN ARCHIVO PLANO (RIPS)

Inicialmente se debe crear las carpetas donde se van a descargar los archivos planos.



Se crean las carpetas por mes y contrato:

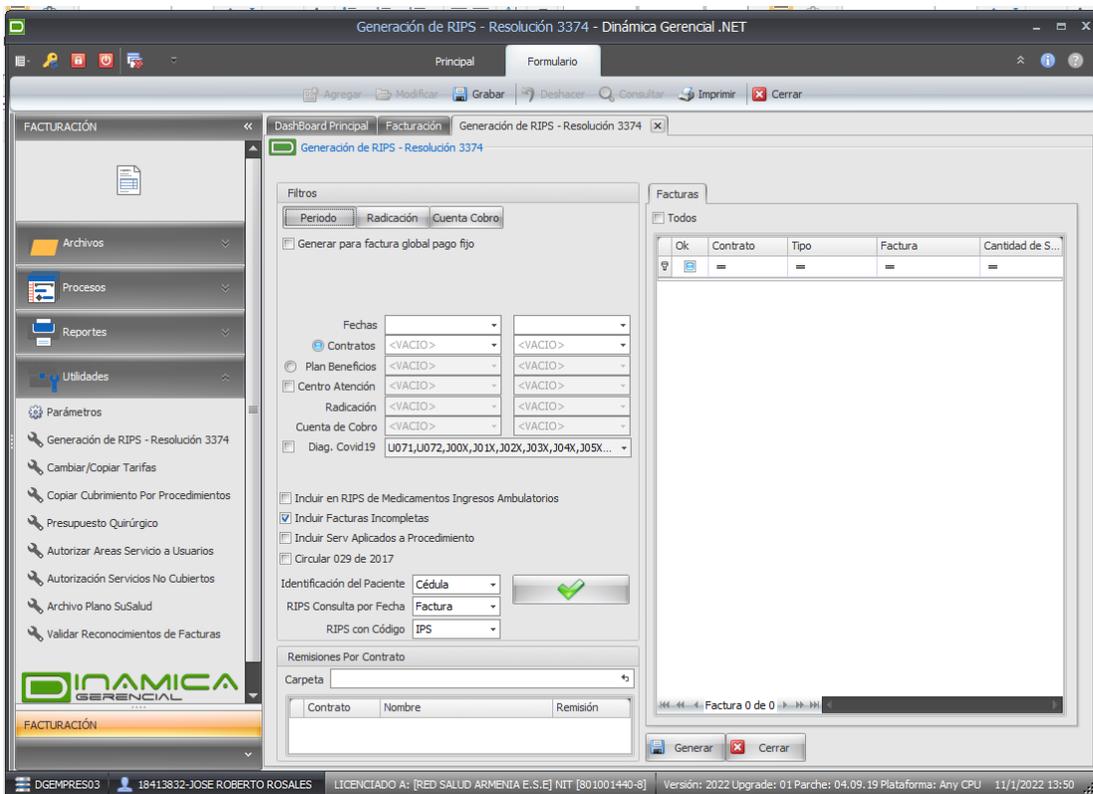
Asmet Salud: Morbilidad  
Rutas  
RCV

Posteriormente se deberá ingresar a la aplicación Dinámica Gerencia, se digita el código de usuario, la clave de acceso una vez ingresados los datos, presionamos aceptar.

El código de usuario y la clave de acceso deben ser creados con anterioridad por el administrador del sistema.



Se selecciona el módulo de facturación, Utilidades, y generación de RIPS – Resolución. (ver figura)



Una vez generados los archivos se consolidan en una base única en Access, para su validación de acuerdo a la normatividad vigente. Los reportes de inconsistencias se envían a las áreas implicadas, para revisión y ajuste de los mismos.

**VALIDACIÓN CONTENIDO Y COHERENCIA:**

Las validaciones aplican en todas las variables verificando los valores permitidos en cada una de ellas, acorde con lo descrito en los lineamientos establecidos para los RIPS, por ejemplo, tipos de número de identificación, sexo, finalidad, causa externa, Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS, Clasificación internacional de enfermedades CIE10 para el diagnóstico, Código Único de Medicamentos - CUMS.

En el archivo de usuarios se verifica el tipo y número de documento con la Base de Comprobación de derechos “BDUA” a continuación los lineamientos de valores permitidos en el tipo de documento son los siguientes.

Se valida que el valor seleccionado esté en los valores permitidos: CC, CE, CD, PA, SC, PT, RC, TI, CN, AS, MS.

Si el tipo de documento es Cedula de Ciudadanía **CC**, el campo debe ser numérico y es para los adultos mayores o iguales a 18 años de nacionalidad colombiana.

Para los extranjeros que se encuentran de paso en el país se identifican con la Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o Salvoconducto.

Para los venezolanos se crea el Permiso Especial de Permanencia - PE o Permiso Temporal PT, como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social. Resolución 3015 de 2017.

Si el tipo de documento es Tarjeta de Identidad **TI** el campo debe ser numérico y son para los menores entre 7 y 17 años,

Si el tipo de documento es Recién Nacido **RC** el campo debe ser numérico y son para los menores de 7 años,

Si la unidad de medida de la edad está expresada en días, el tipo de documento debe ser: RC, MS o CN.

Si la edad es mayor o igual a 19 años, el tipo de identificación no puede ser RC, TI, MS, CN. Recuerde que se consideró en este caso el período de transición del menor a adulto para el cambio de identificación.

Si la unidad de medida de la edad es meses el tipo de documento no puede ser CC, TI, AS.

Si el tipo documento es AS la edad debe ser mayor a 17 años.

Para el tipo de usuario los valores deben ser:

- 1 =Contributivo
- 2 =Subsidiado
- 3 =Vinculado
- 4 =Particular
- 5 =Otro
- 6 =Víctima con afiliación al Régimen Contributivo
- 7 =Víctima con afiliación al Régimen subsidiado
- 8 =Víctima no asegurado (Vinculado)

El valor permitido "Otro", corresponde a usuarios de los Regímenes Especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPETROL, Congreso de la República) o a Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

Para el caso de extranjeros no identificados debe diligenciarse el valor "Otro".

Para el registro de la finalidad en la consulta médica se debe realizar de la siguiente manera:

- 01 = Atención del parto (puerperio)
- 02 = Atención del recién nacido
- 03 = Atención en planificación familiar
- 04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años
- 05 = Detección de alteración del desarrollo joven
- 06 = Detección de alteraciones del embarazo
- 07 = Detección de alteraciones del adulto
- 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual
- 09 = Detección de enfermedad profesional
- 10 = No aplica

Los valores del **01 al 08** corresponden a una finalidad de detección temprana o protección específica.

**La finalidad 10** corresponde a una finalidad RESOLUTIVA, es decir cuando el paciente acude al médico porque se siente enfermo, presenta alguna sintomatología o ha sido víctima de un evento de causa externa, tales como accidentes, maltrato, agresión, violencia.

En lo referente a la finalidad del procedimiento se debe registrar de la siguiente forma:

- 1 = Diagnóstico
- 2 = Terapéutico
- 3 = Protección específica
- 4 = Detección temprana de enfermedad general
- 5 = Detección temprana de enfermedad laboral

Los procedimientos tienen la finalidad diagnóstica cuando se realizan para establecer (confirmar o descartar) un diagnóstico presuntivo; o aún si no existiere un diagnóstico presuntivo, se realizan para establecer las condiciones del paciente en relación con la sintomatología, la causa o motivo de la solicitud de atención y la anamnesis.

Los procedimientos tienen la finalidad terapéutica, cuando se realizan para tratar el problema de salud por el cual consultó el paciente, tanto en la consulta externa como en la urgencia o la hospitalización.

Los procedimientos tienen una finalidad de protección específica cuando se realizan para “evitar” una condición de salud específica (embarazo) o una enfermedad (inmuno prevenible o laboral) mediante la aplicación de un dispositivo o una vacuna.

Los procedimientos se realizan con una finalidad de detección temprana, cuando se busca identificar valores de los indicadores vitales que indiquen un riesgo de desarrollar una enfermedad.

Una vez realizado este proceso de validación, se espera al cierre de facturación para así generar finalmente los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), los cuales se envían a las diferentes administradoras como soporte a las cuentas de cobro y a la medición de actividades de promoción y prevención, y de igual manera para la generación de informes para el cliente interno como externo.

## GENERACIÓN DE INFORMES:

17

Una vez generados los registros individuales de prestación de servicios (Rips) se consolidan y se convierte a tablas dinámicas, que son tablas interactivas que permiten resumir y analizar los datos procedentes de listas y tablas existentes.

Una **tabla dinámica** permite modificar el aspecto de una lista de elementos con mayor facilidad, de manera cómoda y resumida. Además, se puede modificar su aspecto y cambiar de lugar los campos.

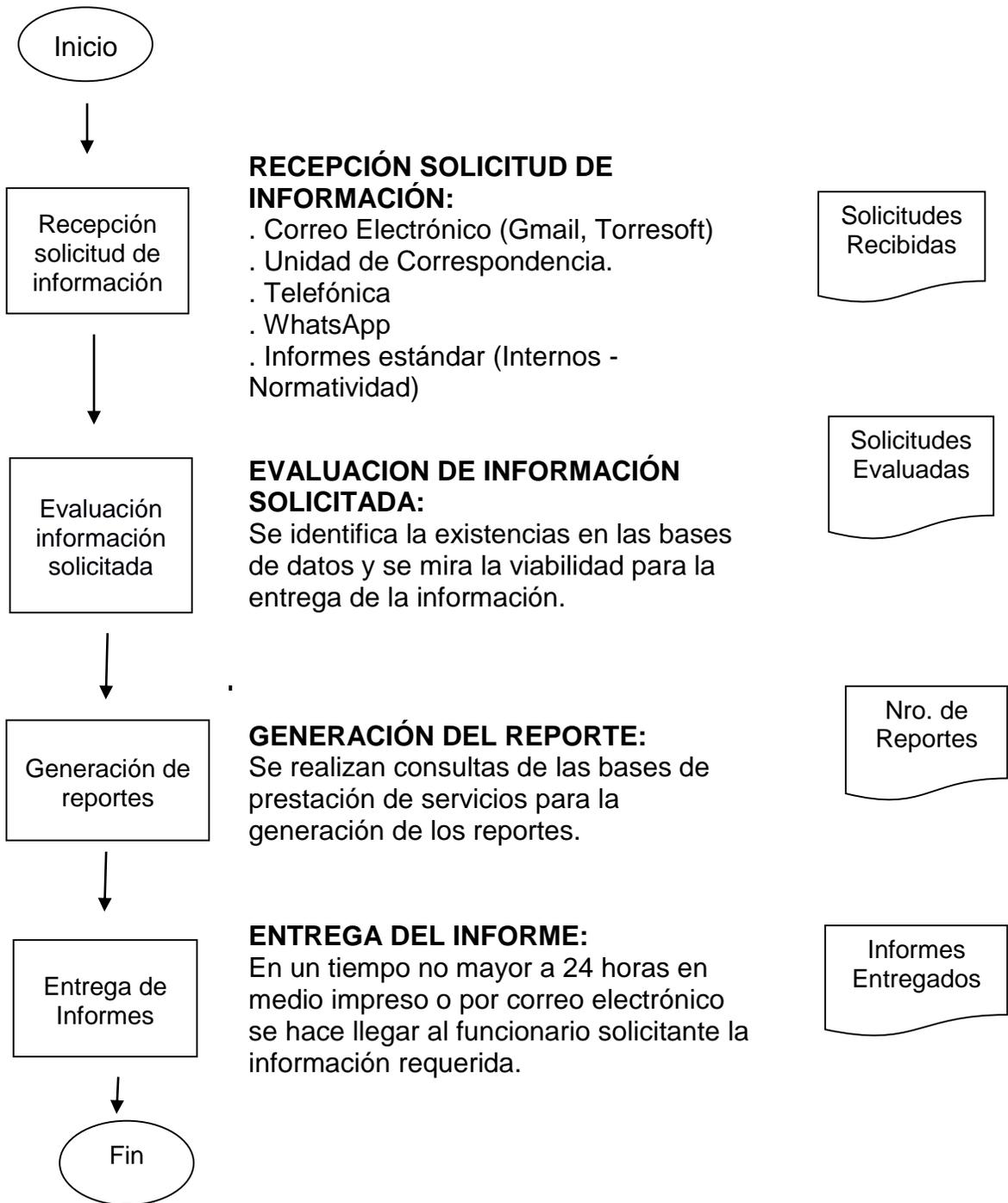
Después de realizar la actualización con la lista de campos contenida en la tabla dinámica podemos construir informes y realizar consultas con mayor facilidad, así mismo realizar seguimiento a la pertinencia del dato de las consultas realizadas en todos los puntos de la red.

A partir de estas tablas dinámicas se generan los indicadores de salud, “Son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Al unir ambos componentes: estado de salud y desempeño de los servicios, se refleja la situación sanitaria de una población, se pueden hacer comparaciones y medir cambios en el tiempo mediante la monitorización de los indicadores.

Entre los informes más relevantes se tienen:

- Comparativo Actividades 2017 – 2023
- Usuarios atendidos por Grupo de Edad y Sexo
- Tendencia de las consultas por centros de salud (Medica, enfermería, odontología)
- Tendencia Consulta Urgencias
- Tendencia Consulta Laboratorios
- Tendencia Atención del parto
- Indicadores Hospitalarios (Porcentaje ocupacional, Giro cama, promedio días estancia)
- Perfil Epidemiológico (Primeras causas de consulta)
- Total, actividades de rutas y porcentaje de cumplimiento por centro de atención.
- Productividad y rendimiento por centro de atención y profesional.

## PROCESO Y SOLICITUD DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN



CODIGO	412		
INDICADOR	CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN CLIENTE EXTERNO DESDE EL ÁREA DE ESTADÍSTICA		
OBJETIVO	Cumplimiento oportuno de entrega de información cliente externo desde el área de estadística		
NATURALEZA	ASCENDENTE		
RESPONSABLE	TÉCNICO ESTADISTICO		
PERIODICIDAD	MENSUAL		
LIMITES	Alerta: 97, Estándar:95		
FÓRMULA	<b>Nombres:</b> ( Número de informes a cliente externo entregados oportunamente / Número de informes a cliente externo que se debían entregar en el periodo ) * 100 <b>Códigos:</b> ( V561 / V562 ) * 100		
PERTENENCIA	CRITERIO	GRUPOS	
	AREA O SERVICIO	Estadística	
INFO. VARIABLES	CODIGO	NOMBRE	RESPONSABLE
	V561	Número de informes a cliente externo entregados oportunamente	JOSE ROBERTO ROSALES
	V562	Número de informes a cliente externo que se debían entregar en el periodo	JOSE ROBERTO ROSALES
REFERENTES	No Aplica		

### BIBLIOGRAFIA:

Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS

Versión	Fecha de actualización	Razón de la actualización	Responsable de la actualización	Verifico/Aprobó
1	01/11/2023	Documento Inicial	DIR	Planeación